

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

328

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 juin 1907, à 1 heure

Par Désiré DENÉCHAU

Né à Liré, le 4 janvier 1877

Ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris et de la Clinique
des maladies infantiles de la Faculté

Lauréat de l'Assistance publique (*Concours de l'Internat. 1903*)

Ancien moniteur de tubage et de trachéotomie à l'hôpital des Enfants-Malades
Médaille d'honneur des épidémies.

LES SUITES MÉDICALES ÉLOIGNÉES

DE LA

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

au cours de l'ulcère d'estomac et de ses complications

Syndrome dyspeptique secondaire à la gastro-entérostomie

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

RÉNON,

JEANSELME.

} *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N° 328

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 juin 1907, à 1 heure

Par Désiré DENÉCHAU

Né à Liré, le 4 janvier 1877

Ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris et de la Clinique
des maladies infantiles de la Faculté

Lauréat de l'Assistance publique (*Concours de l'Internat, 1903*)

Ancien moniteur de tubage et de trachéotomie à l'hôpital des Enfants-Malades
Médaille d'honneur des épidémies.

LES SUITES MÉDICALES ÉLOIGNÉES

DE LA

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

au cours de l'ulcère d'estomac et de ses complications

Syndrome dyspeptique secondaire à la gastro-entérostomie



Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

RÉNON,

JEANSELM E, } *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. DEBOVE.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	N...
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ N...
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	N...
Pharmacologie et matière médicale.....	SEGOND.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
Clinique gynécologique.....	{ N...
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI
Clinique thérapeutique.....	KIRMISSON
	ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGUEU.	RÉNON.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	RIEFFEL. <i>Chef des</i>
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	<i>travaux anatomiques</i>
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CLAUDE.	LABBE.	MÉRY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

328

A MES PARENTS

A MON ONCLE

MONSEIGNEUR DENÉCHAU,

ÉVÊQUE DE TULLE.

A MES SCEURS, A MES BEAUX-FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A MES TANTES

A MON MAÎTRE ET AMI,

LE DOCTEUR ALGLAVE,

Dont l'affectueux dévouement m'a sauvé la vie.

852
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR DEBOVE.

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
MÉDECIN DES HÔPITAUX,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MES DEUX MAÎTRES,

MM. les docteurs PARMENTIER, médecin de l'hôpital Tenon,
et PIERRE TEISSIER, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Je leur dois une reconnaissance profonde à titre de malade, et à titre d'élève

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES
HÔPITAUX DE NANTES :

MM. les professeurs HEURTAUX, POISSON, MIRAILLIE,
A. MONNIER.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS.

Externat :

MM. les professeurs GUYON, ALBARRAN (1900-1904).
MM. les docteurs DALCHÉ, FLORAND (1901-1902).
MM. les docteurs PARMENTIER, LE NOIR (1902-1903).

Internat :

MM. les professeurs LE DENTU, BERGER (1903-1904).
MM. les docteurs BELIN, PIERRE TEISSIER (1904-1905).
M. le professeur GRANCHER, M. le professeur-agrégé MERY
(1905-1906).
M. le professeur agrégé MARFAN (Monitoriat) 1906.
M. le docteur PARMENTIER (1906-1907).

MM. les professeurs agrégés BAR, MARION, MAUCLAIRE.
MM. les docteurs DANLOS, BROUARDEL, médecins des
hôpitaux.

MM. les docteurs PASTEAU, ALGLAVE, MOUCHET,
ZUBER, J. HALLÉ, TERRIEN, ARMAND-DELILLE.

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES :

MM. les docteurs MACAIGNE, A. PETTIT, VEILLON,
AUCLAIR, GUILLEMOT, LUTIER.

A. MM. les docteurs HARTMANN, TUFFIER, GOSSET,
SOULIGOUX,

*Qui ont mis si aimablement à ma disposition les observations de leurs anciens
gastro-entérostomisés.*

A tous mes amis, et à ceux qui ont bien voulu m'aider de leur
temps et de leur science dans ce travail : MM. les docteurs
LUTIER, BOUCHEZ, HOUDARD, MONTET, BLANCHET,
GOIFFOND.

INTRODUCTION. — DIVISION DU SUJET

Depuis vingt-trois ans, que pour la première fois (1), la gastro-entérostomie fut appliquée au traitement de l'ulcère d'estomac et de ses complications, le nombre de cas opérés s'est accru dans des proportions considérables et va chaque année en augmentant. Peu d'opérations ont eu semblable fortune.

C'est là peut-être le meilleur indice des bons résultats obtenus, résultats opératoires publiés en des statistiques aussi nombreuses qu'encourageantes en France et à l'étranger.

A côté de ces suites immédiates, plus intéressantes encore peut-être, les *suites éloignées* attirèrent bientôt l'attention. Dès 1893 : Trognon dans sa thèse ; puis Quénu, Kirpatrick, Haberkant en 1895, Vassilieff en 1896, Hartmann et Soupault en 1899, Merkens, Gangitano, Chlumsky en 1900, Kaiser, Bourget, Körte et Herzfeld, en 1904 ; Petersen et Mahol, Monprofit, Falgar, Langowi, Pinatelle, Leroy en 1902, enfin plus récemment Mayo-Robson, Rotgans, Monprofit, Mattoli, au Congrès de Bruxelles de 1905, montrèrent les heureux résultats obtenus à une date plus ou moins éloignée de l'intervention.

A cette liste, pour être complet, l'on devrait ajouter le nom de nombreux chirurgiens, et cependant, ainsi que le disait excellemment Monprofit, « il y a peu de statistiques cliniques publiées sur les résultats éloignés de la gastro-entérostomie qui puissent vraiment renseigner les médecins sur la valeur définitive de l'opération ».

Cette phrase écrite en 1903 est toujours vraie, le médecin n'est

(1) La première gastro-entérostomie pour sténose cicatricielle du pylore aurait été pratiquée par Rydygier en 1884, d'après Doyen ; par Monastyrki, d'après Monprofit. La première gastro-entérostomie pour ulcère appartiendrait à Fritzsche et remonterait seulement à 1887 (Pour l'historique se reporter à MONPROFIT : *La gastro-entérostomie*, Paris, 1903).

point encore éclairé suffisamment sur la valeur véritable de la gastro-entérostomie s'il ne connaît que les résultats jusqu'ici publiés.

Tous ces travaux en effet ne semblent indiquer que deux sortes de résultats, absolument opposés : les premiers, marqués par l'apparition d'un incident grave, tel le cercle vicieux, tel l'ulcère peptique, portent, grâce à ces complications, la mention : « mauvais » ou « médiocres ». Les autres, tout différents, sont classés sous l'épithète : « excellents ». D'où l'on devrait conclure, que la gastro-entérostomie, au cours de l'ulcère simple ou compliqué, ou bien s'accompagne d'accidents graves, ou bien, et c'est la règle, ne présente que des avantages sans aucun inconvénient.

Cette distinction toute statistique suffit-elle à donner la note exacte ? Ou bien n'est-il pas des cas où, sans incident grave, les suites éloignées ne sont pas toujours parfaites ? Les opérés revenus à un état excellent, ne le sont-ils qu'en comparaison de l'état antérieur à l'intervention ? En un mot, un opéré pour affection bénigne de l'estomac est-il devenu pour sa vie durant un individu normal, ayant recouvré ses fonctions gastriques dans leur intégrité ou plutôt n'est-il pas resté exposé à des troubles dyspeptiques, n'est-il pas un *meiopragique* de l'estomac, qui a besoin de soins spéciaux et d'un régime spécial, et ceci à une époque plus ou moins éloignée de l'opération ? Voilà ce qui nous semble mériter quelque attention.

Dans le courant de notre année d'internat dans le service de M. le docteur Parmentier nous avons eu l'occasion de revoir d'anciens gastro-entérostomisés, opérés jadis sur le conseil de notre maître et sortis du service de chirurgie avec la mention « résultat excellent ». Or, ils venaient demander de nouveau la direction du médecin et chercher auprès de lui un soulagement aux « misères » qui avaient survécu à l'opération.

Poussé par ces exemples, nous avons pensé que l'examen médical des anciens opérés de gastro-entérostomie ne serait pas sans quelque intérêt, et, sous l'éminente direction de notre maître, grâce à la grande obligeance de MM. Hartmann, Terrier, Gosset, Tuffier, Souligoux, Schwartz, nous avons pu examiner soixante-seize

anciens gastro-entérostomisés pour l'ulcère d'estomac simple ou compliqué, et avons essayé par un examen *médical*, aussi complet qu'il était possible, de connaître leur état fonctionnel, général et local.

En plus de ces cas longuement étudiés, nous avons demandé à un assez grand nombre d'anciens opérés, qui ne pouvaient se prêter à un examen médical, de donner le bilan complet de leur santé « avant » et « depuis » l'opération.

A ces faits personnels, nous avons joint l'étude d'un nombre considérable d'observations publiées tant en France qu'à l'étranger, et dans quelques-unes, du moins, il nous fut possible de relever les mêmes troubles, les mêmes symptômes relatés au moins en substance. Leur constatation est venue corroborer nos faits.

*
* *

Cette étude essentiellement médicale doit, semble-t-il, conserver l'ordre même dans lequel l'examen fut pratiqué. Et, ainsi qu'il est habituel en clinique, nous étudierons d'abord, *l'un après l'autre*, les divers symptômes constatés avant l'opération, et nous verrons ce qu'il en subsiste chez nos opérés : cette première partie, *analytique*, montrera les diverses manifestations fonctionnelles, générales et locales ayant survécu à l'intervention. Leur réunion pourra peut-être constituer un syndrome gastrique, *syndrome secondaire à la gastro-entérostomie*, sa description sera la seconde partie, véritable *synthèse* des faits analysés dans la première.

PREMIÈRE PARTIE

ANALYSE

CHAPITRE PREMIER

TROUBLES FONCTIONNELS

L'étude des troubles fonctionnels comporte l'étude de la *douleur*, des *vomissements*, des *hémorragies* (hématémèses et méléna), enfin de la *diarrhée* et *constipation*.

§ 1. — La douleur.

I

La douleur au cours de *l'ulcère de l'estomac* et de ses complications est certainement le symptôme le plus constant sinon le plus important. Les caractères en sont bien connus et Soupault les a bien décrits dans son type dit « pylorique », type que nous rencontrons presque à chacune de nos observations.

Il n'entre pas dans un semblable travail d'en faire la description complète. Il importe cependant de rappeler que, d'intensité variable mais souvent très grande, elle est comparée par le malade à une brûlure, à une torsion, à une crampe. Son siège de prédilection est le creux épigastrique, en un point variable d'ailleurs, mais en général bien délimité et accusé par le malade à droite,

aux environs du pylore. Son irradiation peu fréquente au début s'étend rarement à la région ombilicale, plus rarement encore elle gagne le dos : elle n'est point encore la douleur en broche. Son caractère le plus constant est peut-être son moment d'apparition : contrairement aux données classiques elle ne se montre guère à jeun ; à leur réveil les malades sont toujours très bien, c'est le meilleur moment de leur journée. Ils ne commencent à souffrir que de deux à quatre heures après leur repas, douleur *tardive*, apparaissant subitement comme une colique, durant de quelques minutes à une demi-heure, calmée pour un instant et reprenant ensuite : c'est donc une douleur *tardive* et *paroxysmique*.

Cette accalmie est parfois spontanée. Elle ne se produit plus souvent que par l'ingestion de lait, de pain, ou d'aliments variés et bizarres parfois, du sucre, des figues sèches chez un de nos opérés, habitant alors les colonies. Le bicarbonate de soude employé par un grand nombre de malades produit une sédation, qui d'ailleurs bientôt nécessite l'absorption de quantité de plus en plus considérable de ce médicament. Enfin le moyen le plus sûr de calmer cette douleur est le vomissement, vomissement aqueux, mais surtout alimentaire, provoqué en général, ainsi que nous le verrons.

Un dernier caractère de cette douleur, caractère qui ne semble pas avoir été décrit, est la position spéciale que doivent prendre les malades au moment de la crise. Tous pour ainsi dire se tiennent courbés, le tronc fléchi, les jambes repliées, comme s'ils voulaient comprimer l'épigastre par la flexion aussi accentuée que possible du corps, le pli de flexion étant la région épigastrique elle-même. Ils aident cette action compressive par l'application à plat des deux mains sur le point douloureux, ces mains formant un véritable tampon sur lequel vient agir la pression et des cuisses et du haut du corps replié. Parfois même couchés sur le ventre, les mains encore à l'épigastre, ils appuient de tout leur poids sur la région douloureuse, ou bien ils se courbent en deux sur une barre rigide, le rebord d'une table par exemple, et se calment par cette compression intense si bizarrement obtenue.

Cette douleur pylorique est pour ainsi dire constante dans les gastropathies dont l'ulcère stomacal est ou sera à un moment donné l'aboutissant presque fatal. Nous avons pu la déceler dans la presque totalité de nos observations intitulées ulcère et sténose.

A côté d'elle, plus rarement à coup sûr, nous avons observé la classique « douleur perforante », trop connue pour que nous croyions devoir y insister. Elle succède souvent d'une façon tardive à la précédente, ne se montrant qu'au moment des crises paroxystiques, elle semble être l'expression maxima du symptôme douleur.

Reste un troisième type de douleur, absolument différent des deux précédents. De siège indéterminé, elle présente une très grande irrégularité dans son apparition, dans son intensité, dans sa propagation selon les malades et selon les moments. Elle ne se montre d'ailleurs que chez les nerveux, et s'associe souvent à des troubles psychiques tels que angoisse, hypocondrie, et autres sensations multiples, susceptibles des comparaisons les plus bizarres. Elle est tantôt isolée, tantôt et plus souvent associée aux deux premiers types de douleurs que nous venons de décrire.

II

La douleur au cours de l'ulcère et de ses complications ne constitue, malgré son importance, que rarement peut-être pour le chirurgien le « symptôme nécessitant l'opération » ainsi que le fait remarquer Rotgans. Pour le malade par contre, elle est certainement celui qui lui fait accepter le plus volontiers l'intervention. Que devient-elle chez les anciens opérés ? Première question à laquelle nous devons essayer de répondre.

D'après Mayo-Robson (1) après la gastro-entérostomie les douleurs de l'ulcère gastrique cessent. C'est là certainement l'opinion de la grande majorité des chirurgiens et des auteurs (2) tant étrangers que français, et les observations relevées par nous

(1) MAYO-ROBSON, *British med. Journ.*, 1905.

(2) DEGORCE, Th. Paris, 1902 ; GUEDJ, Th. Paris, 1898.

dans la littérature médicale tendent à l'accréditer. Sur 400 observations de diverses statistiques, nous ne trouvons la douleur relatée dans les années postérieures à l'opération que dans le dixième des cas. Nous verrons qu'il en est autrement des malades que nous avons nous-même examinés.

Cette divergence, si considérable qu'elle puisse être, semble cependant pouvoir facilement s'expliquer par la variabilité des douleurs observées dans les suites opératoires éloignées : selon les cas en effet on observera soit des douleurs intenses, paroxysmiques, rappelant absolument celles qui précédaient l'opération, soit des douleurs passagères et intermittentes, soit enfin une gêne, un malaise après le repas. Les statistiques chirurgicales ne signalent que les premières.

Le *premier groupe* comporte les cas où la douleur par son intensité, sa fréquence est comparable à ce qui précédait l'opération. Ainsi entendue, cette douleur des suites de la gastro-entérostomie enlève tout le bénéfice de l'opération, au point qu'il ait été question d'intervenir une seconde fois. On peut dire qu'elle est rarement observée, et nous ne l'avons rencontrée que dans 8 observations non personnelles et dans 3 personnelles.

Les caractères ne diffèrent pas de ce qui été décrit plus haut : il s'agit en général d'une douleur survenant tardivement après les repas : cinq heures dans l'observation n° 13 ; 4 h 1/2 seulement dans le n° 67. Parfois au contraire elle est précoce comme dans le n° 59 où le malade souffre sitôt la moindre tentative alimentaire. Il est à remarquer qu'elle reproduit fidèlement l'état antérieur à l'opération, cette dernière n'ayant été à ce point de vue d'aucune utilité. Il est superflu de rappeler les autres caractères de *è ge*, d'intensité, elle donne lieu aux mêmes comparaisons, aux mêmes épithètes de la part du malade, elle se calme par la même position, courbé en deux, par la prise de lait, et surtout par le vomissement lorsqu'il est possible : c'est la reproduction des accidents anciens, nous les connaissons. Enfin elle présente parfois le caractère perforant, dans un cas même n° 59 la douleur en broche se montra après l'intervention alors qu'elle était inconnue avant.

Il serait intéressant d'en connaître les causes. Cette étude pa-

thogénique est à la vérité hérissée de difficultés. Il semble pourtant que l'on puisse incriminer soit la présence d'adhérences, soit un ulcus continuant à évoluer malgré l'opération. La *périgastrite* est évidente dans le cas rapporté par Korte et Herzfeld : en même temps que la douleur on voyait apparaître une tuméfaction épigastrique qui par le repos diminuait en même temps que se calmait la douleur. Puis survint une reprise des phénomènes douloureux accompagnés encore de la réapparition de la tuméfaction. De même dans notre observation n° 26 plus complexe certainement que la précédente, mais pour laquelle la formation d'adhérences est le fait dominant.

La persistance de l'ulcère après la gastro-entérostomie doit certainement être la cause dans bien des cas de la reprise des douleurs intenses, malheureusement les faits sont rares, dans lesquels un signe certain d'exulcération se soit montré chez un ancien gastro-entérostomisé, seule une nouvelle hématomèse pourrait affirmer le diagnostic d'ulcus, et nous n'en possédons que peu d'exemples.

Les constatations faites au cours des opérations nouvelles pratiquées précisément contre la reprise des douleurs chez d'anciens gastro-entérostomisés fournissent par contre un apport précieux pour établir la pathogénie de ces douleurs. Deux observations surtout sont intéressantes à ce point de vue, l'une de Chlumsky rapportée en 1900, l'autre de Quénu présentée à la Société de chirurgie en 1904 :

CHLUMSKY (1900). — X..., malade depuis 12 ans. *douleurs*. Vomissements.

En 1898. — Gastro-entérostomie antérieure antécolique. On constate une sténose du pylore avec brides cicatricielles.

En janvier 1899. — Réapparition des *douleurs*. Amaigrissement

Seconde intervention : excision de l'ulcère, libération des adhérences, entéro-anastomose.

Après huit jours : reprise des *douleurs*.

En juin 1899. — Troisième intervention, on libère des adhérences, et on excise un nouvel ulcère. Gastro-entérostomie en Y.

Rétablissement mais persistance des douleurs.

QUÉNU (1904). — Sténose pylorique cicatricielle consécutive à un ulcère du pylore. Gastro-entérostomie antérieure.

Pendant 18 mois aucune douleur, mais quelques vomissements et régurgitations acides.

En 1901. — Apparition des *douleurs*, suivies quelque temps après d'une tuméfaction dure de la paroi abdominale.

Seconde intervention : extirpation d'un ulcère peptique volumineux. Gastro-entérostomie en Y (1902). A la suite de cette opération et pendant 6 mois : état excellent.

Puis reprise des *douleurs* qu'un traitement médical ne suffit pas à calmer.

En 1903. — Troisième opération. Adhérences intimes entre l'estomac et la paroi abdominale renfermant en leur centre un petit foyer suppuré. Résection des bords de l'ulcère ; reconstitution de l'anastomose gastro-jéjunale.

Guérison.

Dans ces deux observations l'on voit que la douleur fut le signal-symptôme d'un ulcère ayant survécu à la première opération chez le malade de Chlumsky, s'étant secondairement formé (ulcère peptique) chez celui de Quénu.

Ce sont là véritablement des preuves expérimentales de l'importance de l'ulcère survivant à l'opération ou nouvellement formé, dans la pathogénie des douleurs intenses des anciens gastro-entérostomisés.

Un dernier élément doit encore entrer en ligne de compte, ainsi qu'une récente observation l'a prouvé : il s'agit de l'oblitération possible de la bouche gastro-intestinale. Le malade de M. Tuffier, chez qui ce chirurgien constata, près de neuf ans après une gastro-entérostomie, l'oblitération de l'orifice créé, ne présenta aucune douleur, mais seulement une hématomèse abondante et répétée pour laquelle on intervint de nouveau. Cette observation démontre donc la possibilité de l'obstruction de l'orifice gastro-jéjunal, mais elle n'explique nullement les rapports de cette obstruction avec la réapparition des douleurs chez les anciens opérés.

Tel est le premier type des douleurs observées dans les suites éloignées de la gastro-entérostomie. Malgré sa rareté il est assez important pour mériter cette longue étude puisqu'il enlève tout le bénéfice de l'opération et peut même en commander une seconde. Nous serions tenté de l'appeler pour cette raison « chirurgical ».

La *seconde variété* de douleurs est de beaucoup la plus commune, si nous en croyons nos observations. Il nous a été possible de la relever dans les suites de 51 opérations pour affections

non néoplasiques de l'estomac sur 76 cas examinés. Les statistiques donnent par contre un chiffre notablement plus faible : 33 sur 400 soit approximativement 1/12 ; nous avons déjà indiqué la raison de cette divergence.

Sa description fort intéressante ne laisse pas que de ressembler un peu à ce qui précédait l'intervention, l'estomac ne réagit pas en effet d'une façon absolument différente après la gastro-entérostomie ; la douleur postérieure à l'opération conserve l'empreinte du syndrome préexistant, mais avec des différences de *siège*, d'*intensité*, de *fréquence* et de *durée* telles que pour le patient et aussi pour le médecin elle doit être pratiquement différenciée.

Son *siège* est variable, rétro-sternal dans certains cas (n° 49), épigastrique le plus souvent ; péri-ombilical ou dans les hypochondres parfois. Ses irradiations sont moins fréquentes, spécialement la propagation dans la région dorsale.

Son *intensité* varie selon les cas et selon les moments. Elle est certainement beaucoup moindre. Elle permet, d'après les faits que nous avons étudiés, de reconnaître trois degrés à cette douleur : le premier caractérisé par une simple pesanteur, un tiraillement a été rencontré dans 6 observations (n°s 5, 10, 20, 50, 47, 35) ; le second comporte des douleurs plus intenses : brûlures, crampes constatées 9 fois (obs. n°s 22, 24, 46, 37, 44, 52, 38, 55, 72) ; le troisième enfin présente le caractère dit transfixiant, nous devons y insister. Il importe en effet de remarquer que la douleur en broche peut survivre à la gastro-entérostomie, et que sans être fréquente elle n'est point exceptionnelle : une fois même (n° 17) on la constata à la suite de l'opération alors qu'elle n'avait jamais été observée auparavant. En ce qui concerne nos cas nous trouvons sa disparition dans dix observations dont trois assez récentes (n°s 50, 53, 47), trois déjà anciennes (n°s 20, 35, 49), trois enfin suivies l'une 6 ans (n° 11), l'autre 7 ans (n° 12), la troisième 8 ans (n° 10), la dernière enfin 10 ans (n° 6). Dans 9 par contre elle survécut à l'intervention mais très atténuée au point que plusieurs malades l'auraient méconnu s'ils ne l'avaient tant ressentie avant l'opération (n°s 59, 39, 31).

Le dernier caractère de cette douleur est basé sur son *peu de*
Denéchau

fréquence et sa *courte durée*. C'est là à vrai dire la véritable distinction, la plus nette peut-être, entre ce qui précédait et ce qui a suivi l'opération : les opérés, ou du moins un certain nombre d'entre eux, restent bien sujets à des douleurs, mais ces douleurs sont rares, de courte durée, et il faut une cause très manifeste pour les provoquer. Tous les opérés affirment le peu de fréquence des douleurs, au moins des douleurs intenses, et cela s'applique plus spécialement à la douleur transfixiante : le malade n° 34 ne la ressent qu'exceptionnellement, de même les n°s 31, 39, 59.

La jeune X... (n° 65) ne s'est plaint qu'une fois en 4 mois. La plupart cependant ne sont pas complètement indemnes en dehors de ces crises aiguës. Souvent ils ont un peu de pesanteur, une digestion difficile, mais que sont ces légers troubles en comparaison des douleurs d'autrefois ? Aussi n'en parlent-ils pas s'ils n'y sont poussés. D'ailleurs les douleurs aiguës ne se montrent qu'à la suite de causes bien mises en relief par le patient : la fatigue, l'alimentation, l'ingestion de boisson alcoolique surtout : le breton Le B. du n° 9 avoue ingénument qu'il ne souffre qu'après avoir bu 6 à 7 petits verres d'eau-de-vie, sa dose habituelle ne dépassant pas trois verres : la jeune malade du n° 65 ne souffrit qu'après une cure intempestive au vin Mariani.

Cette douleur par ailleurs rappelle ce qui a été plus haut décrit et qui précédait l'intervention : elle est exceptionnellement précoce, le plus souvent elle se montre très tardivement après les repas, si bien que le patient en fait une « fringale » ou une douleur à jeun qui précède le repas. Il nous a paru qu'elle ne peut être rattachée à ce qu'il est convenu d'appeler fringale, car nous n'avons jamais pu la déceler le matin avant toute alimentation, le malade étant vraiment à jeun. Elle est par contre admirablement calmée par les aliments, le lait, le bicarbonate, et nous retrouvons là les caractères de la douleur antérieure à l'opération.

Reste le 3^e type de douleurs observées très rarement d'ailleurs, à la suite des opérations gastriques ; ici l'estomac n'est que peu en cause : il s'agit de phénomènes pénibles, souvent angoissants, ressentis par le patient en un siège variable : dans les reins chez le n° 53. à la nuque ou au front sous forme de migraine (obs. n° 36),

dans les membres « par tout le corps » chez le n° 61. L'intensité en est variable, sans jamais être très grande, le malade n'en éprouve pas moins des sensations extrêmement pénibles, vertiges, céphalée unilatérale, sensation d'anéantissement, de brisement de tout son être... Avec cela peu de troubles gastriques vrais, dans certains cas ; dans d'autres il y a en même temps douleurs stomacales vraies, se montrant en même temps que les troubles qui nous occupent ; d'autres fois on note une intermittence bizarre entre les phénomènes dyspeptiques et ces sensations spéciales, les premiers succédant aux secondes et vice versa : c'est ce qu'on observe chez les deux malades, n°s 27 et 61. Il faut cependant remarquer qu'il existe dans presque tous les cas un certain rapport entre ces phénomènes et la digestion, celle-ci provoquant l'apparition de ceux-là.

La *pathogénie* de ces deux derniers types de douleurs constatées dans les suites des opérations sur l'estomac est facile à établir pour la troisième variété. Il est évident de par l'histoire des malades, de par leurs antécédents qu'il s'agit pour ce groupe de grands nerveux, parfois de mentaux ; la douleur qui survit à l'opération n'a guère de rapports avec les fonctions gastriques, elle relève de l'état nerveux et en suit les oscillations.

Plus difficile est l'interprétation de la douleur communément observée, celle qui forme notre seconde variété. Pour celle-ci nous n'avons point de signes extérieurs, point de seconde intervention démontrant l'existence d'un ulcus ou d'adhérences, point d'autopsie. Il faut donc se baser sur les seuls signes cliniques. Or ceux-ci rappellent plus ou moins l'état antérieur à l'opération, mais à un degré considérablement atténué ; la même pathogénie doit donc leur être appliquée, et l'on doit dès l'abord penser à la possibilité d'un spasme de la bouche gastro-intestinale, tout comme on admettait au début des accidents le spasme pylorique.

Rien en effet ne s'oppose à cette conception, et si l'on admet la continence de l'orifice artificiellement créé dans les conditions physiologiques, l'on doit admettre également la possibilité du spasme dans certaines conditions pathologiques.

Il reste pourtant à se demander pourquoi en général la douleur

et le spasme qui la provoque ne font leur apparition qu'à une époque souvent éloignée de l'opération. C'est là un fait souvent constaté : après la gastro-entérostomie, pendant un temps variable : 14 mois dans l'obs. n° 34, 2 ans 1/2 dans le n° 29, 3 ans dans le n° 9, l'opéré ne ressent aucune douleur, puis tout à coup les crises douloureuses font leur apparition. L'on pourrait croire qu'il s'est produit à un moment donné, assez éloigné de l'opération, des modifications de l'orifice, modifications anatomiques, telles qu'un rétrécissement, pouvant contribuer à produire la douleur. La disparition de tous les troubles sous l'influence d'un régime (les exemples en sont multiples) fait douter d'une lésion réelle ; elle confirme au contraire la théorie du spasme, qui en résumé explique à elle seule tous les troubles observés.

§ 2. — Les vomissements.

I

Après la douleur, les vomissements au cours de l'ulcère et de ses complications ont certainement une importance de premier ordre et il semble étonnant que Rotgans ne les ait jamais rencontrés comme signe indicateur de l'intervention.

Leur fréquence est grande, Rotgans les trouve dans 32 cas sur 68 malades, et dans 2 autres cas il existait des nausées. Les observations que nous avons relevées les donnent d'une façon presque constante ; enfin chez nos malades, sur 76 observations, nous n'en trouvons que trois dans lesquelles ils fassent complètement défaut. Il faut cependant ajouter que chez un malade donné le vomissement est en général épisodique, il apparaît pour la première fois très postérieurement à la douleur, et ne se montre que lors des crises les plus intenses.

Ils comportent trois variétés différentes, le vomissement aqueux, le vomissement alimentaire composé d'aliments récemment ingérés, enfin le vomissement d'aliments anciens.

Le vomissement aqueux, de beaucoup le plus fréquent, se présente presque toujours dans des conditions semblables : un malade

souffrant déjà depuis quelque temps de l'estomac, de deux à quatre heures après ses repas, sent à une de ces crises, au moment du paroxysme de la douleur, un liquide brûlant, acide remonter de l'estomac à la bouche, il le crache tout comme une expuition ordinaire, il a rendu ainsi sans aucun effort ce qu'il appelle une « bouchée » d'eau, acide, agaçant les dents, et cette régurgitation a suffi à calmer pour un court moment la douleur gastrique. Une demi-heure après, nouvelle régurgitation ; suivra une troisième ; il aura ainsi vomé en trois fois un demi-verre de liquide semblable à de l'eau. C'est là la forme habituelle. Il y a d'ailleurs tous les degrés entre le simple renvoi acide, renvoi aqueux, le liquide arrivant à peine à la bouche, la vomiturition que nous venons de décrire et le vomissement abondant d'eau brûlante et acide, si abondant même que les malades croient que tout ce qu'ils absorbent « se tourne en eau » (obs. n° 64). Remarquons simplement les deux caractères constants de cette régurgitation : elle est tardive, se produisant à l'acmé de la douleur, parfois même 10 à 12 heures après le repas (vomissements aqueux matutinaux de la gastro-sucorrhée), elle calme en second lieu cette douleur, et l'on comprend que parfois le malade provoque le vomissement en se mettant les doigts dans la bouche.

La seconde forme, vomissement d'aliments pris au repas précédent, ne se montre que postérieurement à la première. Le malade calmé par la simple régurgitation aqueuse le sera beaucoup plus complètement par le vomissement alimentaire, il ne tardera pas à le provoquer lui-même. Ce vomissement est alors tardif, ne survenant qu'au paroxysme de la douleur. D'autres fois l'estomac devient intolérant, au moindre contact alimentaire il se contracte et produit le vomissement précoce. On peut dire d'une façon générale que ces deux variétés se suivent, le malade ayant provoqué le rejet du contenu gastrique pendant un temps variable, arrive bientôt à ne pouvoir tolérer aucun aliment solide ; parfois le lait même n'est plus supporté, ce sont de véritables vomissements incoercibles.

Beaucoup plus rare est la troisième variété : vomissements d'aliments anciens, de la veille, parfois de quatre à cinq jours au-

paravant. Ils constituent pour ainsi dire d'une façon expérimentale la preuve d'une sténose pylorique.

II

L'influence de la gastro-entérostomie sur la production de vomissements doit être envisagée à un double point de vue, selon que l'on considère les suites éloignées de l'opération ou les suites immédiates.

Dans les jours qui suivent l'opération en effet peuvent se montrer des vomissements bien connus aujourd'hui et qui par leur fréquence, leur répétition peuvent mettre en danger le malade. Composés surtout, parfois même uniquement, de bile, ils n'existaient pas avant l'opération ; ils semblent donc être la conséquence directe de cette dernière. Leur pathogénie très discutée paraît cependant relever de deux causes principales : l'une organique, liée aux mauvaises conditions de l'abouchement gastro-intestinal constitue ce que l'on appelle le *circulus viciosus*. L'autre ne relève que d'une atonie, plus ou moins passagère, de l'estomac, amenant un mauvais fonctionnement du nouvel orifice, ou encore de l'irritabilité gastrique secondaire au traumatisme opératoire.

Ces deux variétés ont d'ailleurs cliniquement beaucoup de points communs : ce sont dans les deux cas des vomissements bilieux, abondants, répétés, incoercibles, mais ils seront arrêtés après quelques jours, souvent à la suite d'un lavage de l'estomac, dans un cas ; dans l'autre il sera nécessaire de compléter l'opération par une entéro-anastomose secondaire.

Quant à leur fréquence, elle varie avec les statistiques et surtout avec les méthodes opératoires ; le *circulus viciosus* inconnu après la gastro-entérostomie en Y devient exceptionnel avec toutes les méthodes nouvelles : aussi n'avons-nous que rarement rencontré ces accidents dans les cas que nous avons relevés : 25 sur 400.... ; pour nos cas personnels, nous trouvons 7 cas de vomissements post-opératoires assez intenses et persistants pour ne pas être attribués au chloroforme dont seulement deux ont suscité une seconde intervention (n^{os} 26 et 35). Tous appartiennent

nent à la gastro-entérostomie postérieure sauf deux (n^{os} 32 et 37) qui succédèrent à une gastro-entérostomie en Y.

Ces vomissements pour importants qu'ils puissent être relèvent immédiatement de l'acte opératoire. Ils ont suscité de multiples travaux de la part des chirurgiens, et ils ne doivent pas entrer en ligne de compte avec les suites *médicales* de la gastro-entérostomie. **Nous ne saurions y insister.**

Les vomissements des suites plus éloignées de l'intervention nous intéressent plus particulièrement. Ils n'ont guère été signalés dans les diverses publications : « les vomissements n'ont plus reparu » écrit Guedj ; et en effet nous ne les rencontrons que dans 19 observations non personnelles. Cette proportion n'atteignant pas 1/20 est certainement inférieure à la réalité, car sur nos 76 cas nous trouvons 37 fois des vomissements dans les suites éloignées de l'opération, ce qui donne près de la moitié.

Cette rareté des vomissements signalés dans les diverses statistiques s'explique si l'on ne considère que les *vomissements alimentaires* purs. C'est de cette variété dont semblent s'occuper uniquement les auteurs, il est certain qu'elle est la moins fréquente sinon la moins intéressante. Dix de nos observations seulement s'y rapportent, les autres ont trait à des vomissements aqueux ou bilieux purs ou à peine mélangés d'aliments.

De caractère variable, survenant tardivement après les repas, parfois précoces au contraire, ces vomissements *alimentaires* présentent cependant quelques particularités intéressantes. Ils sont tout d'abord électifs : le malade ne rend pas toute sa nourriture, il ne vomit que certains aliments, même à la suite d'un repas comprenant des mets variés (obs. n^o 11). Ils sont ensuite épisodiques pour ainsi dire, ne survenant que dans certaines conditions de fatigue générale et surtout de surmenage local, par l'excès d'aliments par exemple, comme pour le n^o 30 : ils cessent presque toujours avec la cause. Enfin, ce qui découle du caractère précédent, ils ne se produisent qu'avec peine, le malade essaie de se faire vomir, il veut évacuer son estomac, il n'y parvient plus (obs. n^o 16). Ils ne se composent d'ailleurs que d'aliments récents, pris au repas précédent. Nous ne possédons qu'un seul exemple de vo-

missemments d'aliments anciens ; il est une véritable exception.

Le vomissement *aqueux* est le vrai type de vomissements des suites de la gastro-entérostomie. Il rappelle dans son ensemble celui qui précédait l'opération et qui a été décrit plus haut : comme lui il se montre tardivement après le repas, comme lui il est spontané, survenant sans efforts, le malade rendant à la façon d'une expuition une petite quantité de liquide acide, comme lui enfin il n'apparaît qu'à l'acmé de la douleur et la calme pour un instant au moins.

A côté de ces points communs avec l'état antérieur, l'on peut reconnaître des caractères spéciaux au vomissement aqueux des suites de la gastro-entérostomie, caractères relevant de sa fréquence, de son importance, de son évolution et de sa composition.

Sa fréquence : le vomissement aqueux comme le vomissement alimentaire, quoique à un degré moindre, n'est pas fréquent : sur 76 observations nous n'en relevons que 29 (nos 9, 13, 17, 31, 27, 52, 61, 67, 55, etc.). De plus, loin d'être comme auparavant quotidien, il n'apparaît que rarement : de temps à autre pour le n° 17 ; 4 fois par an pour le n° 13 ; dans un seul cas (n° 27) les vomissements aqueux sont fréquemment observés : encore s'agit-il de troubles nerveux. Ils ne se montrent d'ailleurs jamais sans autres troubles fonctionnels, et surtout sans la douleur : mais ils sont loin d'atteindre la fréquence de cette dernière, et c'est là un point qui mérite d'être remarqué ; dans les suites de la gastro-entérostomie la douleur est relativement fréquente, le vomissement l'est beaucoup moins. Nous verrons plus loin d'ailleurs que même au cas de stase alimentaire le vomissement peut faire défaut.

Il est de plus rarement abondant. L'opéré ne rend que quelques gorgées de liquide, souvent même cette eau acide arrive simplement à la bouche, et le malade considère cette régurgitation comme un simple renvoi, comme du pyrosis : c'est ainsi que dans une observation de Rotgans il n'est pas question de vomissement mais de pyrosis.

Son évolution est assez spéciale : à la suite d'un repas, à une heure éloignée, 3 à 4 heures, un ancien opéré souffrant depuis

quelques jours, sent à l'acmé de sa crise un peu de liquide brûlant lui remonter derrière le sternum : il a du pyrosis. Puis une demi-heure après, second renvoi aqueux que cette fois il expectore : une heure plus tard troisième régurgitation, enfin très tardivement, 6 heures après son repas, la régurgitation sera plus difficile, le malade s'aidera souvent en se mettant les doigts dans la bouche, et il rendra de l'eau mais cette fois avec quelques aliments de fin de digestion. On assiste ainsi à un véritable cycle prolongé de la digestion, très en rapport avec ce que l'étude chimique permet de constater (voir obs. n° 16).

Le dernier caractère de ces vomissements est basé sur leur composition. D'aspect aqueux, disons-nous, ils sont de plus presque toujours mélangés de *bile*, et c'est là certainement un des faits les plus constants. Nous ne trouvons qu'une seule exception, dans l'observation n° 53, mais il s'agit dans ce cas d'une gastro-entérostomie en Y. Dans tous les autres les vomissements ont été, parfois toujours, teintés de bile. Cette bile d'ailleurs n'est pas pure, car les vomissements ont toujours présenté une réaction acide et le plus souvent on y décelait de l'HCl libre.

Quant au *vomissement de bile* pure, il a existé dans 2 observations (n°s 27 et 54), chiffre peut-être bien faible pour permettre de faire de ces vomissements bilieux une variété à part. C'est cependant là un fait qui mérite d'être mentionné.

Reste à établir la *pathogénie* de ces vomissements tardifs après la gastro-entérostomie. Ce n'est point chose facile. Remarquons d'abord qu'on les observe à peu près à la suite de toutes les méthodes opératoires : la méthode antérieure, dite de Wölfler, en donne cinq exemples, dans la série étrangère, et le n° 54, seul exemple personnel ; la méthode de Von Hacker à laquelle se rapportent les 7/10 de nos observations, en fournit 26 dont 9 de la série étrangère et 17 de la série personnelle, la méthode de Roux (en Y) dont nous possédons également peu d'exemples, nous en donne trois. Le procédé opératoire ne semble donc pas avoir une influence très considérable.

La présence à jeun de liquide dans l'estomac est le plus

souvent constatée. Mais ce liquide est de quantité si variable. 200 centimètres cubes dans une observation de la série étrangère, 120 dans le n° 67, nulle au contraire dans le n° 52 (gastro-entérostomie en Y); d'autre part on en trouve parfois en si grande abondance chez des opérés indemnes de tout vomissement qu'il paraît difficile de lui accorder une grande importance.

Il semble plutôt qu'il faille reconnaître deux groupes de faits : les uns, dans lesquels le vomissement se montre à la façon d'une véritable complication : c'est le cas du n° 2 bis. Le malade après 14 ans d'état très satisfaisant est repris de douleurs, et surtout de vomissements, il maigrit et bientôt une tumeur vient démontrer le développement d'un cancer d'estomac. Peut-être même faut-il se demander si dans certains cas la bouche nouvelle ne tendrait pas à s'oblitérer, tel le malade du n° 12 qui après six ans de bonne santé est repris de vomissements fétides contenant des aliments anciens en putréfaction, comme s'il s'était développé une nouvelle sténose chez cet ancien gastro-entérostomisé.

Les autres, de beaucoup plus nombreux, sont tout différents. Les vomissements ne se montrent plus ainsi qu'un accident, survenu alors que l'on ne pouvait le prévoir, ils sont au contraire la continuation de l'état antérieur à l'opération. Ils s'expliquent par un reste d'irritabilité de l'estomac, soit parce que ce dernier n'a été qu'imparfaitement amélioré par l'opération, et qu'il est resté intolérant vis-à-vis de certains aliments comme dans l'obs. n° 11, soit qu'il ait été de nouveau exposé à l'action irritante de l'alcool, ce dont P. Le Br. est un bon exemple (obs. n° 9). C'est là à vrai dire l'explication la plus plausible de ces vomissements, ils n'apparaissent d'ailleurs qu'au moment de crises, et contribuent ainsi, nous le verrons, à former dans certains cas un véritable syndrome gastrique chez les gastro-entérostomisés.

§ 3. — Hématémèse et méléna.

Aucun des symptômes de l'ulcère gastrique ne semble avoir suscité autant de travaux que l'hémorragie, qu'elle se manifeste

par une hématomèse ou par du méléna. En plus de mémoires consacrés spécialement à ce point, l'on rencontre en effet dans chaque ouvrage un long chapitre traitant « des hémorragies gastriques » et de leurs rapports avec les diverses interventions, particulièrement avec la gastro-entérostomie. Il y a deux ans même, à la Société de Chirurgie de Paris, une discussion sur ce sujet occupait près de cinq séances, et mit aux prises successivement MM. Quénu, Tuffier, Hartmann et Ricard.

Presque tous ces travaux d'ailleurs n'envisagent guère que l'opportunité de l'intervention au cas d'hémorragie, la conclusion presque générale étant qu'au cours des hémorragies aiguës l'on doit s'abstenir, et qu'il faut intervenir au contraire contre les hématomèses légères mais répétées, qualifiées de chroniques par les auteurs.

Il n'entre pas dans ce travail de rechercher les indications opératoires de la gastro-entérostomie, mais bien de voir l'action de cette opération sur les symptômes observés dans l'ulcère, de constater leur disparition ou leur persistance par un examen aussi méticuleux que possible. Cette étude médicale ne doit donc porter que sur des faits, et pour l'hémorragie gastrique nous devons seulement rechercher les cas de récurrence après l'opération tant dans la littérature médicale que dans nos propres observations.

I

Or au cours de leur maladie, les futurs gastro-entérostomisés ne présentent pas tous, il s'en faut beaucoup, une hématomèse ou du méléna. Sur plus de 400 observations il n'en est question que 89 fois, et sur nos cas nous n'en relevons que 33 dont seulement cinq cas de méléna seul sans hématomèse. Il faut ajouter avec Rotgans que de nombreuses hémorragies gastriques passent inaperçues au cours de l'ulcère : les malades ne prêtent aucune attention à leurs gardes-robes, méconnaissent certainement de nombreux cas de méléna.

Il semble inutile de rappeler, même en quelques mots, les caractères de ce symptôme, il suffira d'attirer rapidement l'attention

sur ses rapports avec les autres troubles observés chez les opérés et son moment d'apparition par rapport à l'opération.

Quénu en effet a voulu accorder une importance considérable au rapport que peuvent présenter les hémorragies avec l'existence ou non d'une sténose pylorique. La sténose, résultat d'un processus cicatriciel, prétend cet auteur, marque la fin de la période d'activité de l'ulcère. Dans ces conditions les hémorragies ont une tendance à se faire plus rares, et ainsi l'opération aurait le plus de chance de n'être suivie ni d'hématémèse ni de mélœna.

Cette théorie est très discutable même *à priori*, car, ainsi que le fait remarquer judicieusement Hartmann, l'ulcère d'estomac peut tendre à la cicatrisation en un point et évoluer à la fois dans un autre. Ceci est si vrai que, dans cinq de nos observations, l'hématémèse ou le mélœna ne s'est montré que très postérieurement au signe le meilleur de sténose : le vomissement d'aliments anciens. Tel le malade du n° 12 qui depuis un an rendait des aliments de l'avant-veille, lorsqu'il eut sa première hématémèse ; tels encore les n°s 15, 17, 36, etc. Et les exemples en seraient encore beaucoup plus nombreux si, pour établir le diagnostic de sténose, l'on se contentait, ainsi que le veut Quénu, de la simple ectasie gastrique. Pathogéniquement la théorie de Quénu ne peut donc se soutenir. En réalité l'on observe, nous le verrons, des hématémèses à la suite d'une gastro-entérostomie peut-être plus rarement, mais quelquefois cependant, alors que la sténose pylorique est nettement établie.

Plus importante à considérer est la date de ces hémorragies par rapport à celle de l'intervention. Dans 15 de nos observations l'on rencontre des hémorragies moins d'un an avant l'opération et dans un certain nombre d'entre elles l'hématémèse ou le mélœna survint très peu de temps auparavant. Les malades n°s 15, 22, 35, 50, 62 entre autres présentèrent une hémorragie de quelques jours à un mois avant la gastro-entérostomie. Ces malades pourraient donc à juste titre rentrer dans la catégorie des opérés pour « hémorragie chronique » sur lesquels on a tant discuté (1).

(1) SAVARIAUD, th. Paris ; PINATTELLI, th. Lyon.

II

Quelle a été l'influence de l'opération sur ce symptôme : hémorragie ? Quénu (1), lors de la discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie, rapportait un exemple d'hématémèse mortelle survenue au 8^e jour d'une gastro-entérostomie. Il fit un rapide historique de la question et rappela tous les cas d'hémorragie gastrique survenus à la suite de la gastro-entérostomie.

En 1899, disait-il, Tuffier, puis l'année suivante Doyen, affirmaient n'en pas connaître d'exemple.

Des 1900 pourtant Delbet en relatait un cas mortel survenu au 9^e jour d'une opération de Woelfler.

En 1902 Tuffier en rapportait un second, également mortel, quelques heures après l'intervention. Bientôt par les travaux de Hartmann, Savariaud, Pinatelle, l'on en compta 6 autres dont un dû à Roux de Lausanne, un à Mickulicz, deux à Krönlein, un à Körte, un personnel à Quénu, enfin un cas rapporté par Hartmann dans une des séances suivantes :

A ces neuf cas l'on peut en ajouter maintenant un certain nombre : 28 en ce qui concerne les observations relevées dans la littérature médicale et 8 pour nos 76 observations personnelles, au total 43. Ces nouveaux exemples d'hémorragie post-opératoire se répartissent de la façon suivante :

Deux cas rapportés par Chlumsky et dus à Mickulicz :

30 heures après une gastro-entérostomie avec entéro-anastomose : hématémèse mortelle.

Gastro-entérostomie antérieure avec entéro-anastomose, 3^e, 6^e, 11^e jour : hématémèse : 2 mois 1 2 d'excellent état, puis grande hématémèse. Guérison suivie 11 mois (Ces 2 cas diffèrent du cas de Mickulicz rapporté par Quénu).

Deux cas dus à Körte et Herzfeld :

Gastro-entérostomie postérieure avec entéro-anastomose, le jour de l'opération deux vomissements noirs. Guérison suivie 8 mois.

Réséction du pylore et gastro-entérostomie postérieure. Le lendemain de

(1) QUÉNU, HARTMANN, TUFFIER, RICARD, *Soc. Chir.*, 1904.

l'opération : une hématomé. Guérison suivie un mois (ces 2 cas diffèrent de celui de Quénu).

Deux cas de Mayo Robson :

Gastro-entérostomie. Hématomé ensuite.

Gastroplastie simple, 4 ans d'excellente santé. Après 4 ans, hématomé mortelle.

Un cas de Roman Renki :

Gastro-entérostomie antérieure. Le lendemain hématomé noire. Guérison suivie plus de 2 ans.

Deux cas de Mansell Moullin :

Pyloroplastie, deux hématomés depuis.

Gastro-entérostomie postérieure avec antéro-anastomose : hématomé légère ultérieurement.

Cinq cas de Rotgans, dans lesquels une hémorragie survint après l'opération, il n'y en eut d'ailleurs qu'une de sérieuse (Rapport au Congrès de Bruxelles).

Treize cas enfin rapportés récemment par Von Eiselsberg : dans sept d'entre eux on opéra peu de temps après une hématomé. D'ailleurs ces douze cas se rapportent à des opérations variées : une fois l'hémorragie survint après une excision simple, quatre fois après une gastro-entérostomie antérieure antécologique, cinq fois après une gastro-entérostomie postérieure rétrocolique, trois fois après exclusion du pylore ou jéjunostomie.

A ces cas nous pouvons ajouter l'observation rapportée par Tuffier à la Société de chirurgie où, 9 ans après une gastro-entérostomie pour sténose du pylore, l'apparition inopinée de nouvelles hématomés conduisit à pratiquer une seconde intervention. On trouva une réparation spontanée de la bouche gastro-jéjunale avec un ulcère gastrique peptique. Enfin nous avons pu en relever huit autres chez les malades par nous examinés, dont cinq hématomés et trois méléenas.

Voilà les faits, il faut les étudier et les interpréter.

Constatons d'abord que nous avons réuni des cas d'hémorragie consécutifs non seulement à la gastro-entérostomie, mais

aussi à diverses opérations ainsi que le tableau suivant le prouve :

Opérations	Hémorragie
Excision de l'ulcère	1 cas
Pyloroplastie	1 cas
Gastroplastie	1 cas (1)
Jéjunostomie	3 cas
Gastro-entérostomie	32 cas dont
Gastro-entérostomie en Y	1 cas
Gastro-entérostomie antérieure.	9 cas
Gastro-entérostomie postérieure	22 cas

Quant à la date d'apparition de l'hémorragie à la suite de l'intervention elle varie essentiellement avec les cas ; la voici d'ailleurs indiquée pour chaque cas :

Date de l'hémorragie après l'opération.	Numéros des observations et auteurs.
Le jour même. . . .	Körte et Herzfeld. Un cas de Tuffier ; 1 cas de Roux. Un cas personnel, n° 49.
Le lendemain	Roman Rencki. Körte et Herzfeld. Chlumsky. de série personnelle, n° 13, 50. 1 cas de Rotgans.
Quelques jours après.	Chlumsky. 1 cas de Delbet ; un cas d'Hartmann. N°s 22, 30, 61, 65 de série personnelle. 2 cas de Rotgans (5 ^e et 17 ^e jour).
Mois après	1 mois : Mayo Robson. 2 mois 1/2 : Chlumsky. 5 mois : série personnelle, n° 54. 6 mois : Mickulicz (<i>in Quénu</i>). 9 mois : 1 cas de Von Eiselberg.
Années	1 an : 1 cas de Rotgans. 2 ans : 2 cas de Von Eiselsberg. 4 ans : Mayo Robson. 9 ans : cas de Tuffier (<i>Soc. chir.</i> , 1907). 12 ans : Körte (<i>in Pinatelle</i>).
Indéterminée. . . .	10 cas de Eiselsberg.

(1) Compte également avec gastro-entérostomie antérieure.

La gravité et l'abondance de l'hémorragie furent fort *variables* : 13 fois elle fut *mortelle* : ce sont les cas de Delbet, Tuffier, Roux, Krönlein, Körte, Chlumsky, Mayo Robson et von Eiselsberg, 8 fois elle fut *abondante* : dont un cas de Chlumsky, un de Rotgans et 4 cas personnels : les n^{os} 49, 30, 50, 61, et l'observation récente de Tuffier. Dans toutes les autres observations il n'y eut qu'une très *légère hémorragie*.

La répétition de l'hématémèse ou des melœnas n'est pas habituelle : le malade de Chlumsky seul présenta d'abord une série de petites hématémèses puis 2 mois 1/2 après en eut une autre, mais alors abondante. Il se rétablit cependant et on put le suivre 11 mois sans constater de nouvel accident. Pour toute notre série, nous avons pu suivre les malades de 1 à 5 ans et jamais nous n'avons constaté une nouvelle hémorragie.

Il reste à étudier les circonstances dans lesquelles se produisirent ces hémorragies et à chercher quelle relation elles peuvent présenter avec la lésion anatomique constatée dans chaque cas.

Les circonstances ne présentent rien de particulier, si ce n'est le peu de temps qui sépare en général l'hémorragie de l'acte opératoire, du moins pour un grand nombre d'observations, ainsi qu'il vient d'être dit. Parfois cependant un tubage fut pratiqué, comme dans nos cas n^{os} 30, 49, mais on ne peut incriminer la sonde, celle-ci ayant ramené du sang noir et assez abondant, qui par conséquent avait certainement séjourné déjà dans l'estomac. Enfin dans la majorité des cas l'hémorragie avait été précédée et fut accompagnée de douleurs intenses, indiquant bien qu'une poussée congestive active venait de se produire (n^{os} 13, 22, 49, etc., etc.), il ne peut donc être question d'un simple épanchement sanguin, résidu de l'opération.

Existe-t-il un rapport entre l'apparition d'une hémorragie à la suite de la gastro-entérostomie et la lésion de l'estomac diagnostiquée cliniquement et contrôlée à l'opération ? Il s'agit surtout de la sténose du pylore ; voyons si les faits donnent raison à M. Quénu. Or, indépendamment de la série par lui rapportée, nous trouvons sur les 17 exemples d'hémorragie plus particulièrement étudiés : 8 fois une sténose certaine et 9 fois l'absence

de sténose, ou du moins dans ces cas elle est discutable. Deux de ces dernières observations d'ailleurs se rapportent à un estomac biloculaire, ils ne peuvent donc entrer en ligne, ce qui réduit à 7 les cas dans lesquels il n'y eut pas sténose contre 8 où la sténose fut certaine. Ces faits vont contre la théorie de Quénu ; une étude de cas plus nombreux pourra seule trancher la question avec certitude.

Pourquoi, et sous quelle cause se produit cette hémorragie ? Pour le plus grand nombre des cas, il est facile de répondre : ceux, dans lesquels une hémorragie avait précédé de peu l'intervention, présentaient évidemment un ulcère encore en évolution. Or on sait que la gastro-entérostomie si elle met l'estomac relativement au repos ne cicatrise pas par là même l'ulcus qui peut encore évoluer et se manifester par une hémorragie. Pour d'autres peu nombreux, on l'a vu, il n'y avait pas d'hématémèse ni de melæna depuis un temps déjà fort long ; deux cas entre autres sont remarquables à ce point de vue : celui de Körte et celui de Mayo Robson, dans lesquels l'hématémèse ne se montra que 12 ans pour le premier et 4 ans pour le second, après l'intervention. Il est possible pour ces cas d'admettre une poussée nouvelle de l'ancien ulcère ; on sait combien sont parfois éloignées les manifestations de cette maladie.

Le développement d'un nouvel ulcère doit même être incriminé et l'exemple récent de Tuffier en est une preuve. Rappelons que l'apparition de cet ulcère accompagna la guérison spontanée de l'orifice créé par la gastro-entérostomie.

Nous avons enfin, chez deux de nos malades, relevé une hémorragie à la suite de l'opération, alors que malgré toutes nos recherches nous n'avions pu en trouver auparavant (obs. nos 13, 49). Cette constatation surprenante est pourtant facile à expliquer : il suffit pour cela de se rappeler d'une part le peu de soin que prennent les malades d'examiner leurs selles : le melæna peut facilement passer inaperçu, nous l'avons dit. D'autre part, il faut remarquer que, dans nos deux exemples, l'hémorragie survint le lendemain ou le jour même de l'opération. Serait-il étonnant que le traumatisme inhérent à l'acte opératoire ait provoqué sur un

ulcère ne saignant pas jusque-là une érosion capable d'amener le suintement sanguin cause de l'hématémèse ?

Quoi qu'il en soit, sans être exceptionnelle, l'hémorragie à la suite de la gastro-entérostomie est rare, elle forme certainement l'exception. On en doit conclure au rôle curateur remarquable de l'opération pour l'hémorragie gastrique, puisque c'est à peine si, sur plus de 500 cas observés et suivis, quelques-uns de 8 à 10 ans, nous avons rencontré 40 exemples de récurrence, soit 8 0 0.

§ 4. — Constipation et diarrhée.

Dans toute affection de l'estomac les troubles gastriques ne sont pas sans s'accompagner de troubles intestinaux. Cette unité fonctionnelle et pathologique du tube digestif n'est peut-être jamais si évidente que dans l'ulcère d'estomac et ses complications.

La *constipation* y tient à coup sûr une place prédominante et si nous ne la trouvons relatée que dans un très petit nombre d'observations étrangères (20 seulement), ce n'est qu'un simple oubli. Sur nos 76 observations elle est notée dans 54 d'entre elles, soit les trois quarts, c'est là vraisemblablement le chiffre le plus près de la vérité.

Son apparition suit, en général, de près l'apparition de la douleur. Le futur opéré, souffrant depuis quelque temps déjà, s'aperçoit qu'il va plus difficilement à la garde-robe ; bientôt la constipation devient opiniâtre, et chose digne de remarque, constipation et douleurs se montrent en même temps, et disparaissent ensemble, les deux étant évidemment sous la dépendance de la même cause : le spasme du pylore probablement.

Cette intermittence de la constipation n'est cependant pas fatale ; peu à peu, alors même que la douleur ne se montre que par période, la constipation persiste, elle devient continuelle, s'exagérant encore lors des périodes douloureuses.

Contrairement à la constipation, la *diarrhée* est rare. Elle n'est signalée que 8 fois chez nos malades, et encore dans 4 cas n'est-elle que passagère ; dans les 4 autres seulement, elle se montre comme la réaction ordinaire du tube digestif (nos 14, 52, 61, 68).

Se surajoutant à l'un ou l'autre de ces phénomènes, l'apparition de *glaires* dans les selles n'est point exceptionnelle. En général elle n'est que transitoire, accompagnant les paroxysmes. Nous n'avons guère rencontré l'entéro-colite vraie chez nos opérés que dans 4 cas (nos 35, 37, 37, 66), qui tous d'ailleurs concernent de grands nerveux.

*
* *

A la suite de l'opération, il semblerait *a priori* que la bouche gastro-intestinale pratiquée devrait entraîner une évacuation alvine facile, de par le libre passage qu'elle offre aux aliments. C'est là un des résultats peut-être les plus constants, observé et noté d'ailleurs par tous les auteurs (1) : « Parmi les résultats les plus intéressants de la gastro-entérostomie, dit Degorce, il faut citer le retour des fonctions intestinales ; à la constipation opiniâtre, qui est la caractéristique des dyspepsies sténosiques, succède une régularité remarquable des selles. Toutes les observations en font foi. »

Cette disparition de la constipation est relevée dans un grand nombre de nos observations (49), disparition complète, le malade ayant une et souvent deux selles par jour. Le plus souvent l'opéré voit ses fonctions intestinales revenir normales presque immédiatement après l'opération ; dans 2 observations cependant (nos 15 et 65) la constipation persista pendant quelque temps pour disparaître ensuite.

Il est possible même que le rétablissement de la fonction évacuatrice de l'intestin dépasse pour ainsi dire le but, et qu'à la constipation succède la diarrhée. Degorce signale ce fait, et lui attribue un assez mauvais pronostic. Nous l'avons observé dans 3 cas (obs. nos 12, 18, 22), une fois la diarrhée fut passagère et accompagna une crise aiguë gastrique (n° 12) ; une autre fois elle ne dépassa pas les suites immédiates de l'opération ; la troisième fois, par contre, elle se manifesta par une véritable lientérie, provoquée surtout par un mauvais régime et des excès de travail (obs. n° 22).

(1) SOUPAULT, *loc. cit.* ; L. LEROY, Th. Paris, 1905.

La modification du symptôme constipation est loin cependant d'être une règle constante, et de plus elle ne persiste pas toujours indéfiniment. Quinze de nos malades en effet restèrent constipés malgré la gastro-entérostomie et cependant leurs selles devinrent plus moulées, et la constipation fut moins opiniâtre du jour de l'opération. Seuls quelques-uns d'entre eux éprouvèrent le résultat inverse, la gastro-entérostomie sembla exagérer leur constipation.

Mais il faut remarquer que l'amélioration de la constipation en général éprouvée par les gastro-entérostomisés ne *persiste* pas chez tous ; dans certaines conditions elle fait place aux accidents antérieurs à l'opération : c'est là un fait important à constater. L'observation n° 5 en est un exemple : après 7 ans d'état parfait avec selles régulières ce malade est repris de quelques troubles : céphalée, pesanteurs après le repas, et il redevient constipé. De même encore le n° 9, plus intéressant peut-être, qui, bien portant pendant 3 ans, se met ensuite à souffrir, et en même temps que la douleur la constipation reparait. Ces deux exemples ne suffisent certes pas à contrebalancer les bons effets habituellement obtenus, ils méritent cependant d'être signalés.

Comment se présente la constipation dans les suites plus ou moins éloignées de la gastro-entérostomie ? Elle n'est presque jamais isolée. En général l'ancien opéré, depuis une période plus ou moins longue, se plaint de nouveau de l'estomac, il ressent ce qui a été longuement décrit au chapitre de la « douleur » ; peu à peu, parfois en même temps que les premières sensations douloureuses, la constipation apparaît, elle se montrera seulement au moment des crises, disparaissant dans leur intervalle. Le malade n° 9 à l'occasion d'excès d'alcool ressent des douleurs aiguës, parfois perforantes ; il est toujours en même temps très constipé. L'observation n° 17, celle du n° 31 présentent le même caractère ; la constipation y est intermittente et toujours liée aux autres symptômes et spécialement à la douleur.

La *diarrhée* est beaucoup moins nettement influencée par l'opération. On la trouve presque toujours relatée dans les suites de l'opération alors qu'elle existait auparavant. Les observations

n^{os} 14, 40, 52 en sont des exemples. Nous savons d'autre part qu'elle peut, très rarement d'ailleurs, se montrer alors qu'elle faisait défaut préalablement. Remarquons cependant que dans les suites de la gastro-entérostomie la diarrhée est rarement rebelle, elle cède au moindre régime, une seule fois elle s'est accompagnée de lientérie et dans ce cas le malade avait un régime des plus médiocres.

Quant à la présence de glaires dans les selles, l'opération, d'après Soupault, aurait dans certains cas une heureuse influence sur elle et en amènerait la disparition. Il semble qu'il ne faille qu'en partie souscrire à cette opinion, car s'il est vrai que, dans certains cas, on ne constate plus de glaires chez les gastro-entérostomisés, il est non moins réel que, dans d'autres, l'état préexistant persiste, l'opéré reste atteint d'entéro-colite. Chez plusieurs de nos opérés il est vrai (n^{os} 43, 44) l'apparition des glaires dans les selles n'était que transitoire, il n'était pas question d'entéro-colite à proprement parler. Ces malades ont vu disparaître ces selles glaireuses avec l'opération, ils donnent raison à l'opinion indiquée plus haut. Chez d'autres par contre (n^{os} 35, 66), les glaires persistent, moins abondantes peut-être. Ces malades étaient d'ailleurs des nerveux, ils présentaient tous les signes de l'entéro-colite, l'opération a pu les améliorer, sans toutefois guérir complètement l'entéro-colite.

En résumé, il semble que la gastro-entérostomie, dans la majorité des cas, fait disparaître la constipation. Cette règle malheureusement n'est pas sans exceptions, et à côté des exemples de constipation rebelle à l'intervention, il en est d'autres dans lesquels l'amélioration ne fut que passagère et après une accalmie de durée variable les anciens accidents reparurent, atténués cependant par rapport à l'état antérieur à l'opération.

CHAPITRE II

ÉTAT GÉNÉRAL

L'influence des maladies non cancéreuses de l'estomac sur l'état général est universellement connue et il suffit d'avoir vu un de ces anciens sténosés pour comprendre combien est paradoxal le terme de « maladies bénignes » donné à de telles affections.

Au cours de l'ulcère en effet, il est de règle d'observer des modifications profondes de l'état général, modifications marquées par la *dénutrition*, l'*anémie*, une diminution quantitative et qualitative des *urines*, une asthénie *cardio-vasculaire* et *nerveuse* plus ou moins intense. Quelle a été l'action de la gastro-entérostomie sur ces divers ordres de troubles, cette action a-t-elle persisté ? Les faits relevés dans la littérature médicale et ceux que nous avons observés répondront à ces deux importantes questions.

§ 1. — Amaigrissement et dénutrition.

L'amaigrissement rapide et parfois excessif des malades atteints d'ulcère, surtout compliqué de sténose, se retrouve dans un très grand nombre d'observations : 40 sur 68 cas de Rotgans, les trois quarts des observations que nous avons relevées et enfin plus de la moitié des malades observés personnellement. Cet amaigrissement est souvent très considérable, de 22 kilogs en deux ans dans une observation étrangère, 25 kilogs dans une seconde, 20 kilogs dans une troisième. Ces chiffres se rencontrent également dans notre série, plus rarement il est vrai : cependant le n° 70 aurait perdu 30 kilogs en quelques années : il faut d'ailleurs ajouter qu'un traitement médical de 2 mois put lui faire gagner 11 kilogs avant l'opération. Il serait superflu de rappeler la rapidité avec laquelle peut se produire cet amaigrissement : en 4 jours le malade de l'ob-

servation rapportée par Körte et Herzfeld perdit 4 kilogs. Cette chute presque subite de poids ne s'explique d'ailleurs que par une inanition complète résultant de la sténose et plus encore peut-être par des vomissements et la déshydratation qu'ils entraînent.

*
* *

L'influence considérable, étonnante même, de l'opération sur la courbe de poids et la dénutrition est célébrée, pourrait-on dire, par tous les auteurs. Soupault et Hartmann, Monprofit, Guedj, Degorce, le donnent comme un fait acquis ; Rotgans et tous les autres chirurgiens étrangers y insistent, c'est là d'ailleurs un résultat indéniable et mis en évidence avec soin dans chaque statistique.

Nous relevons de semblables résultats dans la presque totalité de nos observations, ainsi que le prouve le tableau suivant :

Gain en kilogs	N ^{os} des observations	Date de la nouvelle pesée par rapport à la date de l'opération
22 kilogs.	7	3 ans 1/2.
20 »	15, 44	16 mois, n ^o 44.
19 »	32	»
17 »	28	1 an.
16 »	20	Temps indéterminé
15 »	19	en quelques mois.
13 »	27	en quelques mois.
12 »	18, 30	de 1 mois à 2 ans.
11 »	25	en quelques semaines.
10 »	10, 22	»

Pour être complet il faudrait à cette liste joindre tous les autres cas ; tous en effet présentent une augmentation de poids à la suite de l'intervention, augmentation variant de 4 à 7 à 8 kilogs. Il ne faut cependant pas croire que le malade parvienne en général au poids qu'il avait étant en bonne santé. Nous avons interrogé tous nos malades sur ce point. Quelques-uns seulement ont répondu affirmativement, les n^{os} 28, 23, 50, par exemple, quelques autres semblaient le croire et devant les chiffres devaient avouer qu'il leur manquait encore un nombre respectable de livres ; d'autres

enfin plus nombreux accusaient un déficit permanent, ainsi les n^{os} 19, 32, et malgré un état excellent, en ce qui concerne le n^o 19 du moins.

La marche de cette augmentation est très intéressante à étudier, et il faut avec tous les chirurgiens remarquer avec quelle rapidité les opérés reprennent ce qu'ils avaient perdu.

Le malade Ch. H... en est un bel exemple, sa courbe de poids prise méticuleusement mérite d'être rapportée (voir obs. n^o 32).

Juin 1904. — Gastro-entérostomie postérieure (Hartmann).

11 juillet	65.650
16 —	66
21 —	68
26 —	70
31 —	71.100
5 août	72.300
9 —	72.800
13 —	70.600
20 —	72.400
26 —	73.300
6 sept.	74.600
12 —	76.200
20 —	77.400
28 —	77.700
Octobre	78.500

Puis augmentation continue mais lente, il atteint en mars 1907 83 kilogs.

Ce malade en 3 mois a donc gagné trois fois plus qu'en près de 3 années ultérieures. Cette remarque s'applique du reste à tous les cas ; les opérés atteignent en général en quelques mois le poids maximum aux environs duquel ils oscilleront ensuite, sauf complication et c'est là peut-être le point le plus intéressant.

C'est que, en effet, les gastro-entérostomisés conservent une instabilité très remarquable du poids selon l'état bon, passable ou mauvais de leur estomac ; on pourrait, pour ainsi dire, prendre la courbe des poids comme thermomètre de leur fonction gastrique. Les exemples en sont nombreux et dans notre série nous l'avons observé presque chez tous les malades que nous avons pu voir

en crise, même légère. Le n° 9, qui avait gagné très rapidement 7 kilogs, sous l'influence de nouveaux troubles à type pylorique et malgré l'absence de vomissements alimentaires perd 3 kilogs, qu'il regagne d'ailleurs lorsqu'on met son estomac au repos par un régime approprié. Le n° 17 lors de l'opération pesait 66 kilogs. Trois ans plus tard il atteint 81 kilogs. Mais déjà se montrent quelques douleurs tardives, et lors d'une crise (4 ans 1/2 après l'opération) il ne pèse plus que 69 kil. 750, ayant perdu presque 12 kilogs. Remis au traitement et au régime il gagne en un mois 2 kilogs.

Il en est de même pour les n°s 11, 13, 18, 39, etc., le n° 74, beaucoup plus récent, présente également à chaque crise une chute de poids marquée, évidente même pour l'entourage de la malade.

Nous ne saurions insister sur la pathogénie de ces phénomènes. Ils résultent évidemment d'une dénutrition rapide, en rapport avec les troubles gastriques éprouvés par ces anciens opérés. Parmi ces troubles, le vomissement alimentaire, lorsqu'il est répété, paraît à coup sûr la cause la plus évidente de cet amaigrissement. Mais ce vomissement, nous l'avons dit, pour peu qu'il se rencontre, est toujours isolé, et l'observation n° 74 mise à part, on ne relève que de la simple régurgitation aqueuse ; il faut donc incriminer une autre cause : l'influence d'une alimentation restreinte par suite des douleurs paraît certaine, mais peut-être faut-il, à l'égal de ce qui avait existé avant l'opération, penser à un spasme, de la bouche gastro-intestinale, cette fois, spasme qui, nous l'avons vu, explique si merveilleusement tous les troubles déjà étudiés.

Concluons donc à l'action certaine, constante et considérable de la gastro-entérostomie sur la courbe de poids, tout en faisant quelques réserves d'abord sur le chiffre atteint qui reste presque toujours en deçà de celui existant en pleine santé, et ensuite sur la persistance de ce poids, qui subit également l'influence des variations de la fonction gastrique.

§ 2. — Anémie.

L'anémie se montre au cours de l'ulcère avec une très grande fréquence, deux causes la produisent : la dénutrition et surtout l'hémorragie.

La dénutrition contribue pour une part certaine, mais peu considérable, à anémier les malades atteints d'ulcère douloureux, surtout lorsque des vomissements répétés empêchent toute alimentation. Mais c'est à l'hémorragie qu'il faut attribuer les anémies intenses ou même moyennes, si souvent observées, hémorragie qui peut être abondante ou simplement légère, mais répétée.

L'anémie n'est point une contre-indication à la gastro-entérostomie, exception faite pour l'anémie intense, résultant d'une grande hématomèse. On pourrait même, avec quelque raison, la considérer comme une indication d'intervenir, la période « exsangue » étant passée. Nous savons en effet, qu'aujourd'hui on est d'accord pour opérer les ulcères saignants, la phase de grande hémorragie terminée. De ces considérations on peut conclure à la fréquence de l'anémie chez les futurs gastro-entérostomisés. Malheureusement, si elle est signalée dans quelques observations elle n'y est que fort peu étudiée, l'examen hématologique faisant toujours pour ainsi dire défaut.

Il nous a été possible dans un très petit nombre de cas de pratiquer cet examen avant l'opération, ainsi que le prouve le tableau suivant :

	Mlle R...	Mlle F...	Mme Ch...	— Obs. n° 74
	Obs. n° 70	Obs. n° 68	1 ^{er} examen	2 ^e examen
Globules rouges.	2.980.000	2.795.000	3.652.833	3.900.000
Globules blancs.	6.700	5.425	7.528	9.300
Polynucléaires.	72,4	62		58,5
Lymphocytes.	17	17		21,8
Grands mononucléaires.	3,4	16		6
Petits mononucléaires.	5,4	16		12
Eosinophiles.	1,2	5		1,4
Mastzellen.	0,6	0,1		0,3

Sur ces 3 cas d'ailleurs, 2, les n^{os} 70 et 68, avaient présenté quelques semaines auparavant des hémorragies, et malgré l'amélioration déjà marquée, ils ont un chiffre d'hématies faible, surtout le n^o 68.

Nous ne parlerons pas ici des signes cliniques habituels de ces anémies : ils sont universellement connus, disons seulement que dans ces 3 cas, comme dans beaucoup d'autres, les souffles vasculaires ont été trouvés et que l'on a constaté la décoloration des muqueuses, en général même accentuée.

*
* *

Quelle est l'action de la gastro-entérostomie sur l'anémie ? On doit *a priori* la considérer comme remarquable, puisqu'elle fait disparaître d'une façon générale les hémorragies, et qu'elle permet ensuite l'alimentation. En fait, il est habituel de voir les gastro-entérostomisés recouvrer avec une assez grande rapidité une certaine coloration de leurs muqueuses, les souffles vasculaires disparaissent, mais non constamment (obs. n^o 68), enfin la formule hématologique marquerait l'amélioration obtenue par un relèvement du chiffre des hématies et de celui de l'hémoglobine, si nous en croyons nos quelques observations personnelles, l'examen ayant été négligé dans la presque totalité des autres. Voici d'ailleurs deux exemples de cette amélioration constatée par l'examen hématologique :

		Hématies	Globules blancs	Hémoglo- bine
Mlle F... — N ^o 68	avant l'opération.	2.795.000	5.425	60 0/0
	1 mois après. . .	2.990.000	6.100	70 0/0
M. D... — N ^o 63	lors de l'opération	3.600.000	11.470	70 0/0
	10 mois après . .	4.200.000	8.600	90 0/0

Nous n'avons pu, par suite d'absence d'examen antérieur, nous rendre compte de la persistance de l'amélioration hématologique à une date éloignée de l'opération, nos examens concernant forcément des faits récents (10 mois pour le n^o 63). D'une façon générale, et par la simple étude clinique, on peut avancer que l'anémie disparaît définitivement sans que cependant l'opéré revienne « aux couleurs d'antan », d'après son dire du moins.

Reste à étudier l'influence des nouveaux incidents pathologiques à la suite de la gastro-entérostomie sur la courbe hématologique. Ces phénomènes : douleurs, vomissements, de par l'obstacle qu'ils apportent à l'alimentation réagissent avec le sang, mais nous ne pouvons apporter qu'un seul fait exactement analysé : le breton Le Bris qui entra à la salle Lorrain, hôpital Tenon, pour troubles dyspeptiques intenses avec dénutrition, 9 ans après une gastro-entérostomie ; l'examen du sang à son entrée nous donna les chiffres suivants :

Globules rouges	3.950.000
Globules blancs	8.000
Hémoglobine	85

et à sa sortie, alors qu'il était considérablement amélioré :

Globules rouges	4.360.000
Globules blancs	7.600
Hémoglobine	90

Dans ce cas, l'on peut constater une différence très nette entre l'état de bon fonctionnement gastrique et celui de fonctionnement imparfait. On peut généraliser et conclure que la gastro-entérostomie est un merveilleux remède contre l'anémie de l'ulcère d'estomac, mais que cependant le sang comme tous les organes n'en reste pas moins à la merci des troubles dyspeptiques ultérieurs, sans parler des hémorragies dont l'influence sur la courbe hématologique n'a pas été étudiée chez les anciens gastro-entérostomisés.

§ 3. — Urines.

La courbe des urines et de leurs divers éléments est intéressante à étudier chez les anciens gastro-entérostomisés. Cette étude d'ailleurs a été faite dans la plupart des travaux publiés, et il est superflu d'y insister de nouveau.

Rappelons donc brièvement que la diminution des urines, quantitativement et peut-être surtout qualitativement, est de règle au cours des affections gastriques qui s'accompagnent de dénutrition et plus encore de sténose pylorique. C'est dire combien

fréquemment on l'observe chez les futurs gastro-entérostomisés. En ce qui concerne nos observations, nous la constatons dans 20 d'entre elles, chiffre certainement très au-dessous de la vérité l'analyse des urines ayant été omise dans la plupart des autres cas.

La diminution de la quantité émise en 24 heures est variable : nous trouvons par exemple les chiffres suivants :

Nos	Quantité par 24 h.
50.	400 centimètres cubes
47.	480 —
71.	500 —
66.	600 —
44.	700 —

Quant aux divers éléments tels que l'urée, chlorure, phosphates, ils sont encore plus diminués :

Nos	Urée	Chlorure	Phosphates (par 24 h.).
71.	12 gr. 05	3 gr. 25	1 gr. 18
47.	15 »	2 » 50	»
50.	11 » 960	»	»

chiffres que nous trouvons à peu près identiques dans les observations nos 14, 16, 40, etc., etc.

*
* *

Après la gastro-entérostomie, tous les auteurs, avons-nous dit, constatent un relèvement considérable des urines ainsi que de leurs éléments (Guedj, Degorce, Soupault, Leroy.....). Ce résultat est certain, et il mérite d'être enregistré à nouveau. Nous l'avons constaté dans les observations nos 5, 9, 18, 16, 43, 48. L'observation n° 16 est spécialement caractéristique sur ce point, voici les deux analyses de l'urine avant et après l'opération :

	Avant	Après (3 semaines).
Volume.	1.600 cc.	2.200 cc.
Urée (par 24 h.)	11 gr. 686	23 gr. 250
Chlorures.	5 »	12 »
Phosphates	0 » 95	1 » 30

Cette amélioration persiste-t-elle ? Question assez difficile à résoudre avec les quelques faits que nous avons pu recueillir (1). Deux anciens gastro-entérostomisés cependant ont bien voulu se prêter à notre observation, le résultat mérite d'être rapporté.

L'un d'eux (M. D..., n° 63) s'est présenté un mois après l'opération. Son état général était certainement amélioré, mais à l'examen de l'estomac nous pûmes constater une très abondante stase alimentaire (160 cc.). Il se plaignait d'ailleurs encore de douleurs, tout en reconnaissant l'heureuse influence de l'opération. Huit mois plus tard, il revint nous voir : il était transformé, ne souffrait plus, avait engraisé. L'examen de son estomac à jeun ne donne plus que 60 centimètres cubes de liquide sans débris alimentaires. Il avait eu une amélioration *progressive* très notable. Or l'analyse des urines pratiquée à chacune de ces deux visites donna les résultats suivants :

	1 ^{er} examen lors de l'opérat.	2 ^e examen 8 mois après
Total des éléments dissous par 24 h. . .	51.75	37.50
Eléments organiques	22.27	26.50
Eléments minéraux	29.47	31
Urée	19.86	23.21
Poids de l'azote de l'urée de 24 heures	9.27	10.79
Poids de l'azote total	10.57	14.17
Acide urique	1.41	0.83
Acide phosphorique total	0.864	1.70
Chlore total	13.36	13.35
Chlore en chlorure de sodium	22.05	22.25
Acidité en acide phosphorique	1.57	2.66
Densité	1013	1025

Dans ces deux analyses on peut remarquer la différence très notable, bien que relativement légère, des chiffres de l'*urée*, azote total, acide phosphorique, acide urique, etc. L'analyse du 19 avril marque certainement un progrès, très en rapport avec l'amélio-

(1) Il a été très difficile d'obtenir des anciens opérés le total des urines des 24 heures : aussi l'analyse n'a-t-elle été faite que pour un très petit nombre d'entre eux.

ration générale et spécialement avec le meilleur fonctionnement de la bouche gastro-intestinale.

Le second n° 9), venu à l'hôpital Tenon, neuf ans après une gastro-entérostomie, se plaignait de troubles dyspeptiques intenses : véritable pylorisme post opératoire. L'examen de ses urines ne donna plus que 19 grammes d'urée par 24 heures au lieu de 22 gr. 69 notés à sa sortie de Lariboisière un mois après l'opération. Par le repos et un régime approprié la quantité d'urine augmenta notablement, il n'y eut pas malheureusement d'analyse pratiquée à ce moment.

Un troisième malade, enfin, opéré il y a près de 5 ans (n° 16), celui là même dont les deux analyses d'urines (avant et après l'opération) ont été rapportées plus haut, a remarqué que, pendant les périodes de douleurs, la quantité des urines diminue notablement. Cependant il ne vomit pas, ou du moins il n'a que quelques régurgitations aqueuses peu abondantes. L'analyse détaillée des urines n'a malheureusement pu être faite pendant une de ces crises.

De ces quelques exemples il est difficile de conclure, et cependant il semble bien que si la gastro-entérostomie influe d'une façon remarquable sur l'excrétion urinaire, cette influence est variable avec le bon ou le mauvais fonctionnement gastrique : les crises parfois observées chez les anciens opérés se repercutent sur l'excrétion urinaire, comme elles le font sur le sang et la nutrition.

4. — Troubles circulatoires. — Troubles nerveux.

Aux troubles généraux nous joindrons les troubles circulatoires et les troubles nerveux.

Les premiers sont en général peu marqués. Dans aucune de nos observations nous n'avons rencontré les grands symptômes cardiaques signalés parfois chez les dyspeptiques, tels que arythmie, asystolie. De même pour le vertige, dont nous n'avons relevé aucun exemple bien caractérisé. Les seuls troubles circulatoires qui se soient manifestés se réduisent aux troubles vaso-

moteurs : refroidissement des extrémités n'arrivant pas même à simuler l'asphyxie locale. Ces troubles disparaissent en général après l'intervention, mais, comme les autres phénomènes déjà étudiés, ils peuvent accompagner toute crise nouvelle ; nous les trouvons assez souvent signalés chez les anciens opérés qui présentent encore des douleurs après l'opération.

Les phénomènes nerveux présentent par contre un intérêt considérable. Signalés par tous les auteurs, dans toutes les statistiques, ils ne semblent pourtant pas avoir été vraiment étudiés dans leurs rapports avec la gastro-entérostomie. Les meilleurs travaux (thèses de Pinatelle, de Leroy) les énumèrent rapidement, et cependant l'on est unanime à les considérer comme conditions défavorables à l'opération.

Il faut pourtant établir une distinction : les troubles nerveux des dyspeptiques et spécialement des ulcéreux sont de deux ordres, bien différents comme caractères cliniques et comme éléments de pronostic.

Les premiers, de beaucoup les plus fréquents, ont comme caractère essentiel de se montrer chez les individus héréditairement indemnes de toute tare nerveuse grave. Ils n'affectent que les sphères sensibles, affectives, parfois la mémoire, mais laissent indemne la zone intellectuelle et les fonctions supérieures : ces malades en un mot ne sont pas des mentaux, mais des psychasthéniques ou plus souvent encore de simples neurasthéniques. Enumérer les troubles accusés par ces malades serait presque fastidieux : ce sont des douleurs à sièges variés : plaque lombaire, sacrée ; clou à la nuque, céphalée... ; il s'y joint des troubles du sommeil, enfin des troubles plus ou moins accusés de l'affectivité : tristesse, larmes, idées hypocondriaques ou au contraire irritabilité. Nous avons rencontré ces phénomènes à des degrés très variés : 13 fois sur nos observations (nos 15, 35, 46, 30, 52, 53, 65, 59, etc.). Pour tous ces cas l'opération eut une influence manifeste : 10 fois elle fit disparaître ou diminuer très notablement tous les troubles incriminés, 3 fois elle ne fit que les atténuer (obs. nos 30, 57, 69). La malade du n° 30 par exemple, conserva des malaises, de l'irritabilité, mais n'eut plus de crises de larmes.

Celle du n° 57 resta nerveuse, elle garda la plaque lombaire, un sommeil troublé, mais ces phénomènes depuis l'opération sont très atténués, ils ne se montrent avec quelque intensité qu'au moment des règles.

Il en va tout autrement des troubles nerveux apparus chez des individus héréditairement tarés et intéressant la zone intellectuelle et psychique proprement dite. Ces malades sont en réalité des mentaux, la lésion stomacale ayant révélé chez eux des troubles jusque-là latents. Deux de nos observations rentrent dans ce groupe (n°s 27 et 61). L'une concerne une jeune femme, dont le père jadis interné à Villejuif est mort suicidé ; sa mère également suicidée, et dont les trois frères sont l'un épileptique, l'autre asthmatique, le troisième tachycardique. Elle même tenta à plusieurs reprises de se suicider. La seconde observation est celle d'un alcoolique, fils lui-même d'alcoolique et d'une grande hystérique : ces deux malades conservèrent tous les troubles nerveux qui précédaient l'opération, ils se montrèrent même plus intenses chez le n° 61, après la gastro-entérostomie. Celle-ci cependant ne fut point inutile (1) l'état général du malade marqua une amélioration considérable.

Pour tous ces cas, remarquons-le bien, il existait une lésion stomacale réelle : ptose, dilatation et ulcus probable chez le n° 27, ulcère et sténose chez tous les autres. Nous ne parlerons pas d'opérations pratiquées chez des dyspeptiques nerveux purs, les faits rapportés par Pinatelle montrent assez l'inutilité de l'opération en pareil cas.

(1) BRIN, *Arch. méd. d'Angers*, 1904, « De la gastro-entérostomie dans les troubles gastriques des névropathes ».

CHAPITRE III

SIGNES PHYSIQUES

L'étude des signes physiques au cours de l'ulcère et de ses complications comprend l'étude de la douleur provoquée à la pression, des tuméfactions et tumeurs, de la dilatation, de la ptose gastrique, enfin de l'évacuation et de la stase à jeun.

§ 1. — Douleur provoquée à la pression.

La douleur provoquée à la pression, fréquente dans l'ulcère, est presque de règle à un moment donné. Il est vrai qu'elle s'atténue avec l'évolution, et l'on peut s'expliquer ainsi combien rarement on la trouve signalée dans les observations.

Sur tous nos malades en effet, il n'en est question que 12 fois dans les examens antérieurs à l'opération (n^{os} 13, 16, 38, 52, 59, 60, 65, 66, 67, etc.), chiffre probablement inférieur à la vérité, cette exploration ayant été souvent négligée.

Elle présente deux variétés : la première, la plus intéressante, consiste en un point bien limité, précis où la pression détermine de la douleur, ce point étant médian (obs. n^o 42), ou latéral, plus souvent à droite, aux environs du pylore, parfois à gauche. La seconde présente au contraire une douleur diffuse, le malade la montre avec la main, tandis qu'il délimite la première au doigt, dit Mathieu. Nous la relevons dans les n^{os} 16, 60, 66, 73.

Il n'est question, ajoutons-le, que de douleur profonde, nous ne parlerons que pour mémoire de la douleur superficielle qui avec l'hypoesthésie doit être classée dans les troubles purement nerveux.

*
* *

Quelle est l'action de la gastro-entérostomie sur cette douleur

provoquée ? Nous avons recherché la douleur systématiquement sur nos malades, nous l'avons rencontrée très rarement (n^{os} 13, 22, 53, 59, 60, 73). De plus cette douleur était certainement toute différente de ce que nous connaissons chez les ulcéreux ; au lieu d'un point douloureux bien net on ne constate plus qu'une vague résistance, une sensibilité diffuse.

Cependant chez deux anciens opérés revus à l'état de crise (n^{os} 49 et 65), la palpation de l'épigastre provoquait une défense très marquée et était très pénible. Deux points étaient particulièrement douloureux à la pression : la région du pylore et un point presque médian un peu au-dessus de l'ombilic, point que nous serions tenté de regarder comme correspondant à la bouche gastro-intestinale.

§ 2. — Tumeur épigastrique.

La présence d'une tumeur au cours de l'ulcère n'est plus contestée aujourd'hui, ainsi que le prouve un travail récent (1).

Il ne nous a été possible cependant de relever la présence d'une tumeur que dans un très petit nombre de cas : 20 au plus, et encore ce chiffre comprend-il des observations dans lesquelles la tumeur était nettement liée à une péricholécystite et par conséquent ne devait pas figurer dans notre série malgré les troubles stomacaux coexistant, malgré l'intervention gastrique pratiquée.

Ces 20 cas se repartissent de la façon suivante : 5 dus à Rotgans, 3 à Moynihan, 8 relevés dans la littérature médicale et rapportés plus loin, 4 enfin signalés par Pathault. Dans tous la tumeur avait été notée avant l'opération ; les cas dans lesquels une tumeur fut constatée au cours de l'intervention sont certes nombreux mais ils ne peuvent être d'aucune utilité, sauf si une laparotomie ultérieure vient permettre de constater les modifications consécutives à la première intervention. Nous en verrons quelques exemples.

(1) PATHAULT, Th. Paris, 1907.

(2) MOYNIHAN, *Congrès des sciences méd. angl.*, année 1905.

L'intervention pratiquée pour ces divers cas consista soit en la gastro-entérostomie simple, avec destruction des adhérences en général, soit en la gastro-entérostomie avec ablation de l'ulcère calleux, cause première de la tumeur. Quels en furent les résultats ? Pour tous les cas, la disparition de la tumeur est signalée et il n'est que très exceptionnellement question de récurrence. Deux observations cependant font exception : l'une de Quénu d'ailleurs déjà rapportée (V. « douleurs »), dans laquelle deux ans après une gastro-entérostomie antérieure apparut une tumeur à l'épigastre, qu'une seconde intervention montra formée d'adhérences enveloppant un ulcus en évolution ; la seconde de Czerny, est rapportée par Petersen et Mahol ; lors de la gastro-entérostomie on avait trouvé une tumeur dure au niveau du pancréas (pancréatite chronique, semble-t-il), la gastrolisis la fit presque disparaître. Trois ans après on la constata de nouveau, plus volumineuse même qu'avant l'intervention. C'est là toutefois une exception, et la diminution de la tumeur est la règle ; d'ailleurs à plusieurs reprises, il fut possible au chirurgien, lors d'une seconde intervention, de constater « de visu » l'amélioration et parfois la disparition d'une tumeur remarquée à la première opération : Brenner dans trois cas, et récemment König Junior opérant un ancien gastro-entérostomisé pour une éventration, ont pu constater ce fait ; c'est là la meilleure preuve de l'action remarquable de la gastro-entérostomie, sur les tuméfactions consécutives à l'ulcère d'estomac.

§ 3. -- Dilatation de l'estomac. — Tolérance gastrique à la distension. — Continence de la bouche gastro-intestinale.

La recherche des dimensions gastriques, si différente avec les auteurs, a nécessité pour nos observations l'emploi de procédés divers. Un court aperçu des méthodes suivies pourra, nous semble-t-il, éclairer un peu les résultats obtenus ; il montrera en tout cas que, dans cette étude, il y eut l'unité de poids et de mesures si

nécessaire lorsqu'on veut établir une base sérieuse de comparaison.

La simple inspection a suffi dans certains cas à faire apprécier les dimensions de l'estomac : les contractions péristaltiques et surtout la tension en masse formant déjà un premier élément, qu'il ne faut pas négliger.

La palpation, provoquant le clapotage, et la percussion résument à vrai dire les méthodes pratiques et suffisamment exactes ; nous les avons employées dans des conditions diverses. Le clapotage d'abord, l'estomac ne contenant qu'une très petite quantité de liquide (le résidu après l'évacuation à la sonde par exemple), donne les dimensions de l'estomac revenu sur lui-même. Après l'absorption de 200 grammes de lait, il indique le degré de distension obtenu, degré proche de la tension maxima, l'expérience nous l'a montré. La percussion, en second lieu, permet de limiter l'estomac à l'état de vacuité, mais seulement approximativement dans beaucoup de cas, la sonorité du côlon distendu étant une cause d'erreur trop fréquente. Après distension moyenne par insufflation, elle donne des résultats beaucoup plus exacts, ils concordent d'ailleurs avec ceux obtenus par le clapotage, l'estomac renfermant 200 centimètres cubes de liquide.

Nous avons essayé dans presque tous les cas l'insufflation maxima, jusqu'à sensation douloureuse, selon la méthode Bourget (de Lausanne). Elle n'a pas semblé donner de résultats constants et comparables, la réaction gastrique à la tension étant certainement différente selon l'état nerveux du sujet : un même malade tolérât une quantité d'air insufflé très variable aux divers examens.

Il a été impossible enfin d'avoir recours à la diaphanoscopie et à la radioscopie. Ces méthodes, si importantes qu'elles puissent être, n'étaient d'ailleurs nullement indispensables, les divers procédés énumérés ayant suffi amplement à établir les dimensions gastriques avant et après l'intervention, et à permettre ainsi une comparaison sérieuse.

Trente de nos malades ont été examinés de cette façon avant et après l'opération ; c'est sur ces cas que nous nous baserons dans les considérations qui vont suivre.

Or quelles étaient les dimensions avant la gastro-entérostomie ? On peut, artificiellement peut-être, distinguer (1) trois degrés de dilatation : le premier, dans lequel la grande courbure atteint l'ombilic ; le second, dans lequel elle descend entre l'ombilic et une ligne réunissant les deux épines iliaques antéro-supérieures ; le troisième enfin, dans lequel elle dépasse cette ligne, arrivant à une distance plus ou moins grande du bord supérieur du pubis. Or, sur nos 30 observations nous trouvons 6 dilatations du premier degré, 16 du second, 6 seulement du troisième et 2 dans lesquelles même à l'insufflation la grande courbure n'atteignait pas l'ombilic. A ces mensurations uniquement verticales, il faudrait joindre le degré de distension transversale. Pour cette dernière les points de repère sont moins nets, la ligne costo-ombilicale étant véritablement peu précise et insuffisante. L'on peut d'une façon générale avancer que, dès que la grande courbure dépasse l'ombilic, après insufflation, le grand cul-de-sac dépasse également la ligne costo-ombilicale gauche.

*
* *

L'action de la gastro-entérostomie sur la dilatation gastrique s'est manifestée dans les deux tiers de nos observations d'une façon certaine. Dans quelques cas elle fut tout à fait remarquable, tel le malade du n° 59 qui longuement et à plusieurs reprises examiné dans le service de M. le Dr Parmentier avait un estomac énorme, débordant notablement la ligne bi-iliaque ; après la gastro-entérostomie l'estomac revint notablement sur lui-même, ne dépassant plus l'ombilic que de deux travers de doigt et cela seulement après une insufflation considérable (11 poires de la soufflerie du thermocautère). Tels encore les n°s 18, 43, 60.

En général cependant la diminution constatée est légère : elle ne porte que sur quelques centimètres, ainsi qu'on l'observe dans les n°s 9, 10, 17, 28, 53, etc. Dans d'autres cas enfin elle est minime, comme dans les n°s 15, 24, 30, 50, 58, 65, 72.

Restent quelques observations où les dimensions de l'estomac

(1) Imité d'OSCAR KAISER, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1901.

ne furent en rien modifiées par l'opération, ce sont les plus rares, exception faite des cas dans lesquels n'existait aucune ectasie avant l'opération, seuls les n^{os} 14, 60, 64, 74 rentrent dans cette variété.

*
* *

L'action de la gastro-entérostomie sur la dilatation gastrique admise, il faut maintenant se demander combien de temps après l'opération elle se produit et voir si elle est progressive ou au contraire seulement temporaire. Pour résoudre ce produit spécial, nous ne possédons que peu de documents, les anciens opérés s'étant présentés à notre examen une seule fois en général, et pour la plupart plusieurs années après leur opération.

Il paraît pourtant certain que la dilatation diminue dès que le fonctionnement de la bouche nouvelle est suffisant, par conséquent presque immédiatement après l'opération : les malades récemment opérés que nous avons examinés avant et après l'opération en sont une preuve (n^{os} 58, 67, 71),

Il semble de plus que cette amélioration est progressive, et nous avons pu le constater chez le malade n^o 59, examiné à plusieurs reprises, d'abord 6 mois, puis 9 mois, enfin 11 mois après l'opération. Lors du premier examen, la grande courbure dépassait de deux travers de doigt l'ombilic, au troisième, elle ne débordait plus que de 2 centimètres, et cela dans les mêmes conditions, l'estomac renfermant environ 40 centimètres cubes de liquide.

En troisième lieu, elle persiste, la presque totalité de nos malades en font foi : tous pour ainsi dire ont été revus seulement plusieurs années après l'opération et ils avaient conservé, on l'a vu, des dimensions de l'estomac inférieures à celles de jadis.

Mais, fait important, cette amélioration n'est point fixe, définitive dans tous les cas ; elle est, elle aussi, à la merci de nouveaux troubles gastriques ; pour le prouver nous ne possédons que trois exemples, mais qui sont péremptoires : le n^o 9, déjà cité à plusieurs reprises, fut examiné à Lariboisière en pleine crise douloureuse : son estomac après insufflation moyenne atteignait l'ombilic. Reçu dans le service du Dr Parmentier et mis

au régime il s'améliora avec une rapidité étonnante : à ce moment, même après une insufflation de 15 poires de l'insufflateur Paquelin, la grande courbure ne dépassait pas 1 centimètre au-dessus de l'ombilic.

Le n° 59 a donné à peu près les mêmes constatations ; mais le plus typique à ce point de vue est certainement le n° 17. Ce malade opéré depuis 4 ans 1/2 ressent de temps à autre, trois fois par an en moyenne, une crise de douleurs violentes, perforantes même, avec constipation opiniâtre et affaissement rapide de l'état général, ainsi qu'on l'a vu plus haut. Or il fut examiné à l'acmé d'une de ces crises, et un mois après, alors que le traitement l'avait notablement amélioré. Voici les résultats comparés de ces deux examens, au point de vue de l'état et des dimensions de l'estomac.

Limites inférieures de l'estomac par rapport à l'ombilic :

	1 ^{er} examen	2 ^e examen
A jeun	1/2 travers de doigt au-dessous.	1 cent. au-dessus.
Après 200 cc. de liquide. . . .	1 travers de doigt au-dessous.	n'atteint pas l'ombilic
Après insufflation modérée (7 poires)	Id.	1 travers de doigt au- dessus.
Après insufflation maxima . .	ne peut dépasser 8 poires	12 poires : ombilic. 14 poires : 2 cent. au-dessous.

La différence entre ces deux examens est considérable ; elle suffirait à elle seule à prouver l'action de l'état fonctionnel gastrique sur les dimensions de l'estomac dans les suites éloignées (4 ans 1/2) de la gastro-entérostomie.

■
* *

La recherche des dimensions de l'estomac conduit naturellement à étudier la résistance gastrique à la distension. Nous avons dit que cette résistance se cherchait par l'insufflation maxima de l'estomac, selon la méthode préconisée par Roux et Bourget de

Lausanne, méthode pas aussi sûre, d'ailleurs, que l'admettent ces deux auteurs, la tolérance gastrique étant souvent fonction de l'état nerveux du sujet. Cette méthode permet en même temps de se rendre compte de la continence de la bouche gastro-intestinale, c'est pour ces deux raisons que nous l'avons employée dans un certain nombre de cas.

Un résultat constant ressort de ces recherches : c'est la continence presque parfaite de l'orifice nouvellement créé ; nous sommes d'ailleurs d'accord sur ce point avec tous les auteurs.

Quant à la tolérance gastrique à la distension, elle varie selon les cas, et selon les moments. Selon les cas, tandis que le n° 42 ne tolère que 12 poires de l'insufflateur, le n° 71 en tolère 17 et cette différence ne s'explique pas toujours par l'irritabilité gastrique mais souvent par l'état nerveux du sujet ; le n° 48 en est une preuve. Avec un état fonctionnel parfait, une distension au liquide très marquée, son estomac réagit à la 5^e poire, quelque douceur que l'on emploie lors de l'insufflation.

La réaction de l'estomac à la distension varie selon les moments. Le meilleur exemple est celui du n° 17 dont le tableau précédent rapporte les limites gastriques. On y voit que cet ancien opéré, au premier examen, ne tolérait que 8 poires de l'insufflateur ; au second il en tolère plus de 14. Pour ce cas l'influence du nervosisme, quoique admissible, ne suffit pas à expliquer cette grande différence, il faut encore et surtout tenir compte de l'état de crise dans lequel se trouvait le malade au premier examen : la réaction gastrique est évidemment sous la dépendance de l'irritabilité gastrique, irritabilité accrue lors des crises douloureuses après comme avant la gastro-entérostomie.

§ 4. — Ptose.

La ptose gastrique a été envisagée par presque tous les auteurs dans ses rapports avec la gastro-entérostomie plutôt en tant que syndrome dont la ptose ou chute du viscère ne serait qu'un des éléments, que comme trouble de la statique de l'estomac. C'est cependant ce dernier point qu'il faut étudier ici, pour se rendre

compte aussi exactement que possible de l'action de l'opération sur la ptose même, indépendamment des phénomènes connexes, psychiques ou autres, qui l'accompagnent parfois.

Or, pour cette étude il faut considérer deux cas différents, selon que la ptose est isolée, indépendante de toute lésion organique, ou qu'au contraire elle n'est que surajoutée à une lésion, un ulcus ou une de ses complications, la sténose surtout.

Du premier, Rotgans rapporte trois exemples dont un seul fut amélioré par l'intervention, et encore cette amélioration ne portait-elle que sur les troubles fonctionnels, et à peine sur l'état gastrique proprement dit. L'un de ces cas mérite d'être relaté.

Il s'agit d'un homme de 51 ans, qui depuis 8 ans souffre de l'estomac. Très amaigri et très nerveux il consent très volontiers à l'opération.

13 mars 1903 : gastro-entérostomie antécolique en Y : on ne constate ni cicatrice, ni sténose mais l'estomac est très *grand* et *ptosé*. Amélioration ; mais 5 mois après, nouveaux troubles, rétention et *ectasie* : on croit que l'anastomose s'est rétrécie.

29 mars 1904 : gastro-entéroplastie ; l'anastomose est restée large à permettre le passage du doigt ; on rompt quelques adhérences. Reprise des accidents : rétention et *ectasie* gastrique.

Troisième intervention : 3 mars 1905. On enlève encore quelques adhérences. Amélioration pendant 2 mois, puis de nouveau apparaissent les *accidents* anciens.

A ces exemples nous ne pouvons ajouter qu'un seul cas, encore la ptose, d'ailleurs *certaine*, fut-elle compliquée par une première intervention pratiquée sur les voies biliaires sans indications bien nettes, semble-t-il. Cette malade (n° 26) atteinte d'entéroptose, néphroptose, opérée pour une cholécystite, douteuse à vrai dire, vient à la Pitié pour crises gastriques intenses. A l'opération, l'on ne constate que quelques brides au niveau de l'ancienne cicatrice, il n'y avait ni sténose, ni cicatrice d'ulcère. L'estomac était grand et ptosé. Gastro-entérostomie. Les suites furent bonnes, mais bientôt reprirent les anciennes douleurs. A l'examen, trois ans après, on constate que l'estomac est resté grand et ptosé.

La seconde variété, ptose coexistant avec l'ulcère et ses complications, semble certainement plus heureusement influencée par la gastro-entérostomie. Rotgans en rapporte 5 observations

suivies après l'intervention, dont 3 avec amélioration. Trois de nos cas rentrent dans ce groupe (nos 43, 47, 53), dans l'un (n° 53), la gastro-entérostomie amena une diminution certaine de la ptose, dans un autre (n° 43) l'ectasie seule diminua, le troisième par contre ne fut pas influencé par l'opération.

Nous ne parlerons que pour mémoire des opérations spéciales (gastroplication, gastropexie) appliquées à la ptose, nous n'en possédons pas d'exemple. Mais quant à ce qui concerne la gastro-entérostomie, nous pouvons dire qu'au cas de ptose pure son action est nulle sur la ptose même, tandis que pour la ptose compliquant un ulcère et surtout une sténose, elle peut atténuer le degré de cette ptose indépendamment de son action sur les troubles généraux et fonctionnels concomitants.

CHAPITRE IV

LA DIGESTION CHEZ LES GASTRO-ENTÉROSTOMISÉS

Les modifications de la digestion à la suite de la gastro-entérostomie ont suscité, tant dans l'ordre expérimental qu'au point de vue clinique, des travaux dont l'importance dépasse les cadres de cette étude (1). Aussi devons-nous nous limiter aux faits par nous constatés, et étudier rapidement les modifications observées chez nos anciens opérés concernant d'abord la *fonction sécrétoire*, puis la *fonction motrice* de l'estomac.

§ 1. — Sécrétion gastrique.

La sécrétion gastrique doit être envisagée au double point de vue : qualitatif et quantitatif. Pour cette étude, nous nous servirons des données fournies par le repas d'épreuve d'Ewald, analysé selon la méthode de Winter-Hayem.

a) ETUDE QUALITATIVE DE LA SÉCRÉTION. CHIMISME. — Deux cas différents sont à considérer, selon que le malade présentait avant l'opération de l'hyper ou de l'hypo-pepsie.

1° L'*hyperpepsie* est certes la formule de beaucoup la plus fréquente chez les futurs gastro-entérostomisés, elle serait même constamment observée, d'après les données classiques, au cours de l'ulcère simple ou compliqué. Cette loi comporte des exceptions, ainsi que le fait remarquer Rotgans ; elle n'en reste pas moins vraie dans la grande majorité des cas. L'*hyperpepsie* d'ailleurs peut se manifester soit par l'augmentation simultanée

(1) Un travail en collaboration avec M. le Dr Parmentier, médecin de l'hôpital Tenon, traitera prochainement de la digestion chez les gastro-entérostomisés, avec tous les détails que cette étude comporte.

du chlore libre et du chlore combiné : elle est dite générale ; soit par l'augmentation du chlore combiné seul : elle est alors chloro-organique ; soit enfin par l'augmentation de l'acide chlorhydrique libre, elle est dite chlorhydrique. Trois exemples feront peut-être mieux comprendre cette division, empruntée à MM. Winter-Hayem.

	Normal	M. G., n° 67	M. V., n° 48	M. B. M., n° 49
A	190	266	250	312
H	44	80	12	216
C	170	215	219	124
H + C . . .	214	295	231	340
T	328	445	384	449
F	107	150	153	109
$\frac{A-H}{C}$	86	86	108	77
$\frac{T}{F}$	3	2.9	2.5	4

Hyperp. gén. Hyper. chloro.-org. Hyperchlorh.

Il faut de plus remarquer que ces chiffres ne concernent que des examens pratiqués une heure après l'administration du repas d'épreuve. Or, chez la plupart des malades, porteurs d'ulcère, et surtout de sténose, il existe un retard parfois considérable du cycle digestif, et l'on n'obtient la valeur réelle du chimisme gastrique que deux heures et demie, trois heures même après la prise du repas d'épreuve. On emploie alors la méthode d'exploration gastrique dite en série, nous en rapportons un exemple. Il s'agit d'un sténosé chez lequel on pratiqua un examen en série du contenu gastrique après le repas d'Ewald.

M. Nag. n° 34 (Analyse du laboratoire du Dr Parmentier) :

	Normal	30'	60'	2 h.	3 h.	4 h.
A	190	217	267	290	267	267
H	44	30	65	124	160	167
C	170	124	190	197	117	102
H + C	214	154	255	321	277	269
T	328	358	445	489	474	474
F	107	204	190	168	197	204

acmé

Dans cette analyse, la digestion progresse nettement jusqu'à

2 heures, pour redescendre ensuite lentement, étant encore en pleine activité 3 heures après l'ingestion du repas d'épreuve.

Quelles sont les modifications apportées par la gastro-entérostomie ? Sont-elles persistantes ? Questions qu'il importe de résoudre.

La gastro-entérostomie modifie considérablement le chimisme gastrique, tous les auteurs sont unanimes à l'affirmer : Soupault, Carl et Fantino, Kaiser, etc. ; mais tous n'ont envisagé que l'acidité et la chlorhydrie ; or il semble qu'il faille considérer également les autres éléments, spécialement le chlore total. Voyons ce qui ressort de nos diverses observations, d'abord au sujet de cette valeur T (chlore total), puis au sujet des deux valeurs C et H (chlore combiné et chlore libre), enfin de l'acidité totale A.

Le chlore total (T), dans la méthode de MM. Winter-Hayem, est regardé par ces auteurs plutôt comme élément de comparaison vis-à-vis des autres valeurs que comme une donnée intéressante par elle-même.

Nous avons appris auprès de notre maître, M. le Dr Parmen-tier, à le considérer comme un facteur important, permettant d'apprécier l'intensité de la sécrétion, en rapport elle-même avec la conservation de l'état général : c'est à ce titre qu'il mérite d'être étudié. Or, il est habituel dans l'ulcère de trouver T élevé, ainsi que le prouvent les analyses déjà rapportées (V. l'analyse en série n° 34). Que devient cette valeur à la suite de la gastro-entérostomie ? D'une façon générale on la rencontre notablement diminuée, et sur un tiers de nos observations, l'examen chimique, pratiqué dans les suites immédiates de la gastro-entérostomie, accuse une différence considérable avec la valeur du chlore total d'avant l'opération ; en voici d'ailleurs des exemples :

	Normal	Avant l'opération	Après l'opération
T . .	328	358	277 obs. n° 71
»		438	350 obs. n° 76
»		328	219 obs. n° 68

Il semble que l'intervention ait provoqué une chute subite de la sécrétion chlorurée, chute dépassant même le chiffre normal.

La valeur du chlore utile : *chlore libre* (H) et *chlore combiné organique* (C) accuse une diminution plus considérable encore que celle du chlore total. C'est un fait unanimement constaté, avons-nous dit ; et il se manifeste presque immédiatement après l'opération. Les auteurs divergent sur l'importance de cette diminution, les uns (Soupault) la considèrent comme assez importante pour qu'il y ait ensuite une véritable hypopepsie, les autres au contraire constatant encore des chiffres élevés ne parlent que d'une simple atténuation de l'hyperpepsie qui n'en persiste pas moins après (Kaiser). Il semble que ces deux opinions soient vraies, mais qu'en général cependant les faits donnent raison à la première. Chez nos malades nous avons constaté, à la suite de l'opération, de l'hypopepsie au moins apparente dans près de la moitié des cas, tandis que la persistance de l'hyperpepsie ne se voit que dans un tiers.

En voici d'ailleurs quelques exemples :

Nos	Avant l'opération			Après l'opération			
	H	C	H + C	H	C	H + C	
71	30	168	198	0	22	22 =	hypopepsie
67	80	214	295	0	103	103 =	»
70	84	136	220	0	117	117 =	»
76	37	289	326	88	102	190 =	hyperchlorhydrie
66	105	310	415 (1)	73	161	234 =	»

Ces chiffres sont très expressifs, même dans le second groupe ils marquent une chute considérable de l'hyperpepsie. Nous devons d'ailleurs ajouter que dans toutes les observations, nous avons pu déceler une semblable diminution, au moins à un certain degré.

Le troisième facteur intéressant à étudier, l'acidité totale : A, subit semblable modification, et sans y insister, nous pouvons dire qu'il existe entre les valeurs de A avant et après l'opération la même différence qu'entre celles de H et C dans les mêmes conditions (V. nos observations).

(1) Chiffres élevés : analyse non personnelle.

Telles sont les données fournies par l'analyse du repas d'épreuve une heure après son absorption. Il faut se demander maintenant si elles persistent à quelque moment que l'on pratique l'examen du chimisme gastrique après le repas d'épreuve, ou si seulement elles n'existent qu'à un moment donné de la digestion. L'étude de l'évolution du chimisme chez les gastro-entérostomisés nous répondra. Nous avons déjà montré que chez la plupart des malades avant l'opération l'on constate une digestion prolongée. Soupault et de nombreux auteurs croient qu'il en est encore ainsi après la gastro-entérostomie, Carl et Fantino seuls étant de l'avis contraire. Nous avons pratiqué un certain nombre d'exams du suc gastrique en série, nous avons pu constater nettement qu'il existe en général une évolution certainement prolongée de la digestion (V. Evacuation), mais avec un type assez particulier cependant, et caractérisé : 1° par le peu d'élévation des diverses valeurs, et spécialement de H et de C (chlore utile), c'est une courbe de petit rayon ; 2° par l'atteinte presque immédiate du sommet de la courbe. Une heure après l'absorption du repas d'épreuve on trouve presque dans tous les cas les chiffres les plus élevés, qui vont lentement en décroissant ensuite, ainsi que le montre l'analyse suivante :

Analyse du contenu gastrique après repas d'Ewald (M. C., n° 25).

	Normal	60'	120'	180'	240'
A	190	195	112	36	29
H	44	73	28	0	0
C	170	95	82	30	44
H + C . . .	214	168	110	30	44
F	107	204	262	284	197
T	328	372	372	314	241
$\frac{A-H}{C}$	0.86	1.2	1.02	1.2	0.60
$\frac{T}{F}$	3.	1.6	1.3	1.1	1.3

La diminution considérable des diverses valeurs chimiques de l'analyse du repas d'épreuve après la gastro-entérostomie est donc certaine, à quelque moment que l'on en pratique l'examen. Reste à savoir si elle persiste.

Or un premier fait est acquis, c'est que dans la grande majorité des cas l'hypo-pepsie post-opératoire persiste. Nous en donnerons pour preuve le grand nombre de nos examens, plus des deux tiers, qui concernent tous des malades opérés depuis un temps variant de 2 à 10 ans, et qui présentent tous une hypo-pepsie très marquée.

Il ressort, en second lieu, des cas trop peu nombreux malheureusement dans lesquels nous avons pu pratiquer des examens à intervalles réguliers, que dans presque tous la diminution de H. C. et A. va en augmentant mais d'une façon très légère, ainsi que le prouvera l'étude des observations nos 3, 4, 41, 55, tandis que celle de T s'arrête, tendant plutôt à faire place à une légère augmentation.

En troisième lieu enfin, il faut remarquer que l'hypo-pepsie n'est point établie définitivement, mais que l'estomac des opérés continue à réagir aux diverses excitations : et c'est là un point intéressant. Toutefois il est certain que l'intensité de la réaction gastrique est très diminuée chez les gastro-entérostomisés au moins en comparaison avec l'état antérieur à l'opération. C'est exceptionnellement que l'on peut y relever une poussée hyperchlorhydrique considérable, comme celle du n° 67, que nous croyons assez intéressante pour être rapportée.

M. G. Gastro-entérostomie postérieure : janvier 1907, n° 67.

	12 déc. 1907	16 fév. 1907	14 avril 1907 (malade en crise)		
	60'	60'	60'	90'	120'
A . . .	266	93	252	146	70
H . . .	80	0	131	44	14
C . . .	215	103	124	131	66
H + C	295	103	255	175	80
T . . .	445	358	408	350	306
F . . .	150	255	153	175	226

Dans l'analyse du 14 avril l'excitation stomacale est considérable, se rapprochant de celle qui précédait l'opération. Il faut cependant remarquer que cette excitation accompagnait une crise intense de douleurs, tandis que le premier examen, celui qui pré-

cédait l'opération, fut pratiqué après une longue mise au repos de l'estomac du malade. Il y a donc encore une différence marquée. Rappelons cependant que c'est là un fait exceptionnel, toute crise gastrique survenant chez un ancien gastro-entérostomisé s'accompagne certainement d'une modification réelle du chimisme, mais cette modification est légère, c'est la règle générale, au moins en ce qui concerne les cas anciens (V. à ce sujet chimisme de Le Bris, n° 9, vu en crise, et celui du n° 59).

II° L'*hypo-pepsie* semble beaucoup moins heureusement influencée par la gastro-entérostomie. Nous avons en vue évidemment l'hypo-pepsie vraie, et non les cas nombreux dans lesquels l'étude en série du chimisme démontre à un stade de la digestion une véritable hypo-pepsie, l'hypochlorhydrie n'étant qu'apparente. C'est sans doute pour cette dernière catégorie que Soupault note une amélioration fréquente du type chimique après l'opération ; ces faits rentrent dans la variété précédente, ils sont suffisamment connus. Quant à l'hypo-pepsie vraie, le petit nombre d'exemples que nous en possédons ne nous permet pas une opinion définitive ; qu'il nous suffise de constater que, pour tous ces cas, nous n'avons observé aucune amélioration, parfois même après la gastro-entérostomie on nota une diminution encore plus considérable de sécrétion gastrique (n° 74).

b) ETUDE QUANTITATIVE DE LA SÉCRÉTION. — L'augmentation de la sécrétion gastrique est habituelle au cours de l'ulcère simple ou compliqué, et presque tous les examens après le repas d'épreuve montrent la présence d'une quantité de liquide double ou triple de la quantité normale, et cela après une évacuation aussi parfaite que possible de l'estomac à jeun.

Quelle est l'action de la gastro-entérostomie sur cette hyper-sécrétion gastrique ? Celle-ci diminue d'une façon générale, ainsi que le dit Soupault, avec du reste la majorité des auteurs. Nous en avons la preuve dans les examens des nos 28, 60, 65, 71, 72, 76, et cette diminution peut être considérable ; chez la jeune malade du n° 65 par exemple, le tubage après le repas d'épreuve ramena avant l'opération 200 centimètres cubes de liquide, et après seulement 70 centimètres cubes. Il est toutefois de nombreuses

exceptions à cette règle, tel le malade du n° 49, chez qui l'on retire après l'opération un tiers de plus de liquide que dans les tubages précédents. Ce cas est à vrai dire exceptionnel. Il est certain cependant que chez un assez grand nombre d'anciens opérés l'hypersécrétion persiste, ou réapparaît à un moment donné (obs. n°s 9, 49, 59, 63, 67, etc.). Il est d'ailleurs facile d'en trouver les raisons : ou bien, en effet, il s'agit de malades, chez lesquels la bouche gastro-intestinale fonctionne d'une façon imparfaite, l'estomac restant grand et la sonde à jeun ramenant du liquide de stase ; ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, il existe une excitation gastrique manifestée par l'hypersécrétion plus encore que par la modification du chimisme, et aussi par de la douleur, ainsi qu'on le constate chez les n°s 9 et 63. Le malade du n° 49 dont nous avons relaté l'hypersécrétion considérable est resté avec un estomac grand et clapotant et de plus, quelques jours après l'examen, il était pris d'une crise aiguë de douleur et de régurgitations acides.

Il semble donc, en résumé, que la gastro-entérostomie diminue certainement dans la plupart des cas l'hypersécrétion gastrique. Toutefois dans certaines conditions, et spécialement lors des crises douloureuses post-opératoires, l'on peut voir l'hypersécrétion réapparaître aussi marquée que par le passé.

§ 2. — Evacuation gastrique.

Deux méthodes permettent d'étudier l'évacuation gastrique : le tubage en série pratiqué à la suite d'un repas d'épreuve, et l'exploration de l'estomac à jeun. Par la première, l'on peut connaître le temps nécessaire à l'estomac pour évacuer le repas donné ; par la seconde, l'on recherchera la stase alimentaire et le liquide résiduel.

I

L'étude du contenu gastrique, retiré à intervalles réguliers et assez prolongés après un repas d'épreuve, nous a permis au chapitre précédent de suivre la courbe de la digestion dans son pro-

cessus chimique. Nous en avons rapporté des exemples. Ces données déjà nous montrent qu'il existe dans certains cas un retard de l'évacuation, l'évolution prolongée du processus chimique étant liée fatalement à un ralentissement de l'évacuation.

Ce retard de l'évacuation gastrique est évident au simple examen « à l'œil nu » du liquide extrait par le tubage en série. On sait en effet que, normalement, l'on ne devrait pas trouver de débris alimentaires dans l'estomac deux heures après l'absorption d'un repas d'épreuve. Or, dans la plupart de nos tubages pratiqués en série chez les gastro-entérostomisés (nos 16, 17, 25, 59, 62, 63, 67) nous avons pu, trois heures et plus après la prise du repas d'épreuve, reconnaître dans le liquide extrait des aliments plus ou moins nets.

Toutefois il importe de faire quelques restrictions. Remarquons en effet que la presque totalité des aliments ingérés s'évacuent d'une façon précoce, et que dans les prises plus tardives l'on ne trouve en général que quelques débris alimentaires. Il en est ainsi chez le n° 59, deux heures après le repas d'épreuve la sonde ne ramena que quelques rares débris de pain, mêlés à une quantité pourtant considérable de liquide (60 cc.) ; de même pour le n° 25, trois heures après la prise du repas d'épreuve on put extraire 120 centimètres cubes de liquide ne contenant que peu d'aliments. Il semble donc que chez les gastro-entérostomisés l'évacuation présente un cycle très comparable au cycle chimique : elle atteint très rapidement son maximum, mais elle se prolonge ensuite pour se terminer seulement à une heure tardive.

Cette modification de l'évacuation gastrique persiste-t-elle, ou bien peut-elle s'améliorer ou s'aggraver ? Nous manquons de documents pour trancher ces questions. Toutefois il faut remarquer que nos examens concernent des malades opérés depuis plusieurs années, et d'autres, opérés plus récemment, et il est difficile d'établir une différence. Par contre, nous avons pu trouver chez deux malades vus en crise douloureuse un retard plus manifeste de l'évacuation (nos 4 et 9), c'est là une constatation intéressante mais qui demande encore à être contrôlée avant de pouvoir être définitivement établie.

II

L'exploration de l'estomac à jeun complète l'étude de l'évolution du repas d'épreuve. Elle permet de rechercher les modifications apportées par la gastro-entérostomie aux deux grands symptômes si souvent observés au cours de l'ulcère et surtout de l'ulcère compliqué : la stase alimentaire et le liquide résiduel. De plus elle fait reconnaître parfois un nouvel élément : la présence de bile dans l'estomac des gastro-entérostomisés.

La *présence de débris alimentaires* chez les gastro-entérostomisés constatée après 12 heures de jeûne n'est plus aujourd'hui une surprise pour personne, ainsi que l'ont fait remarquer Hartmann et Soupault, et après eux Leroy. Il est en effet relativement fréquent de relever quelques indices de cette « stase alimentaire » surtout si l'on a eu soin de faire absorber au patient, la veille, des aliments de digestion difficile, et en même temps facilement reconnaissables, tels que carottes, pruneaux, raisins de Corinthe. Parfois, d'ailleurs, un examen microscopique démontrera la présence d'aliments là où l'œil nu ne pouvait en voir.

Il ne nous a pas toujours été possible de faire cette épreuve des raisins de Corinthe, et cependant dans plus de dix observations nous avons constaté une stase évidente, sans avoir recours au microscope (nos 3, 7, 12, 14, 48, 50, 60, 63, 67, 74). L'analyse microscopique nous a montré d'autre part dans quelques cas des débris alimentaires (grains d'amidon), mais seulement d'une façon exceptionnelle, malgré le grand nombre d'examens pratiqués. Il faut déjà remarquer, croyons-nous, cette opposition entre la fréquence de la stase après l'absorption d'aliments indigestes et sa rareté, au contraire, après une alimentation normale, cette stase provoquée ne pouvant être considérée pratiquement comme aussi importante que la stase d'aliments usuels, tels que les féculents.

Or, c'est là déjà un réel progrès, même pour cette catégorie de malades, de ne pouvoir constater chez eux la stase qu'à l'aide d'un véritable artifice, alors que jadis ils étaient porteurs d'une sténose complète. Il est certain en effet que la gastro-entérostomie dans tous les cas diminue considérablement la stase alimen-

taire, et dans d'autres plus nombreux peut-être la fait disparaître d'une façon complète.

Que devient cette amélioration dans la suite ? Se maintient-elle ? Questions encore en suspens. Tout ce que nous pouvons affirmer c'est la relation certaine qui existe entre l'état fonctionnel de l'estomac et le degré de la stase chez les anciens opérés. Un de nos malades a pu être suivi régulièrement pendant un an après l'opération. Dans les premiers temps il continuait à souffrir, le tubage à jeun ramenait des aliments de la veille en quantité notable. Puis, sous l'influence d'un régime approprié et du repos, les douleurs disparurent, la stase diminua considérablement ; enfin plus récemment il fut impossible, même après une épreuve de « carottes », de relever la moindre parcelle alimentaire, on ne retira que du liquide résiduel en quantité assez considérable d'ailleurs (n° 63).

Quant à la persistance de l'amélioration de la stase, elle semble certaine si nous en croyons nos observations. Il suffit pour le prouver de constater que nos recherches ont porté sur des malades opérés de 2 à 10 ans auparavant, et chez lesquels, pour un grand nombre du moins, le diagnostic de sténose fut confirmé à l'opération. Or nous n'avons constaté la stase que dans un tiers d'entre eux et non les plus anciens, et cela seulement grâce à l'épreuve des carottes ou des raisins de Corinthe. Voilà les faits, il suffisait de les rapporter.

La *présence de liquide* à jeun est de beaucoup plus fréquente, on pourrait même dire qu'elle est de règle, son absence étant l'exception. Dans presque tous nos examens nous avons trouvé à jeun une quantité variable de liquide, 20, 40 centimètres cubes en général ; dans 3 à 4 au plus, la sonde ne ramena que quelques centimètres cubes, et dans un petit nombre d'autres on put extraire au moins une centaine de grammes.

Plus intéressante que la quantité, la composition de ce liquide est dans la grande majorité des cas totalement différente de celle du liquide retiré à jeun avant l'opération. Elle se caractérise avant tout par l'absence d'acide chlorhydrique, fait d'autant plus remarquable que ces malades étaient souvent des gastro-sucor-

rhéiques et que, comme tels, ils avaient un liquide à jeun spécialement riche en HCl libre.

Nous avons constaté la présence de ce liquide résiduel aussi bien chez les anciens opérés que chez les récents. L'influence du temps écoulé depuis l'opération ne semble donc pas être considérable. Il n'en va pas de même de l'état fonctionnel de l'estomac, et l'on peut sans crainte affirmer que toute excitation gastrique, chez les anciens gastro-entérostomisés assez intense pour provoquer des douleurs, peut s'accompagner d'une augmentation du liquide constaté à jeun, et surtout d'une réapparition dans ce liquide de l'acide chlorhydrique, parfois en quantité notable. Nous en avons observé des exemples très caractéristiques, dans l'examen des nos 8, 13, 21, 34, 49, 53, 66, 67.

Reste une dernière constatation faite par tous les auteurs : il s'agit de la présence de *bile* (1) aussi bien dans le liquide à jeun que dans le liquide évacué à la suite du repas d'épreuve. Les observations dans lesquelles on ne put déceler la présence de bile dans le contenu gastrique, soit à jeun, soit après l'administration d'un repas d'épreuve, sont certainement l'exception, nous n'en trouvons guère, en ce qui nous concerne, que douze ou treize. Sans vouloir y insister particulièrement, constatons que la quantité de la bile varie d'un malade à l'autre, tandis qu'elle reste constante chez un malade donné à tous les examens pratiqués. Elle est certainement en rapport avec la méthode opératoire et aussi l'abouchement plus ou moins parfait de l'anse jéjunale à l'estomac : sur 8 cas de gastro-entérostomie en « y » examinés, nous n'avons trouvé de la bile dans l'estomac que deux fois, et encore dans l'un d'eux le malade fit des efforts de vomissements suffisants pour provoquer une régurgitation de bile dans l'estomac en dépit même de l'anastomose en y (n° 40). Par contre, dans deux observations où à une gastro-entérostomie l'on joignit l'entéro-anastomose (nos 35 et 50) le tubage à jeun ramena du

(1) Nous n'avons point recherché la présence du suc pancréatique chez nos opérés. Cette question si importante doit donc être réservée.

liquide bilieux. Soupault d'ailleurs rapporte deux exemples semblables.

Il est plus intéressant, peut-être, de rechercher si la présence de la bile persiste, ou si, comme le dit Soupault, elle a tendance à disparaître. Nous ne pouvons nous rallier à cette dernière opinion, les cas dans lesquels on trouva des pigments biliaires en plus grande quantité concernant précisément de très anciens opérés parfois (nos 11, 17, 35, 36, 49). Nous n'avons qu'un seul exemple de disparition complète de bile dans le liquide résiduel, il se rapporte à une gastro-entérostomie en y (n° 52).

Quelle est l'action de la bile sur l'état fonctionnel de l'estomac, et partant sur le résultat de l'opération? Cette question, si intéressante, a provoqué déjà de nombreuses controverses. Nous plaçant au point de vue des faits, constatons simplement que la présence de bile à un degré modéré ne semble influencer en rien la fonction gastrique, dans nos observations du moins. Seuls quelques cas, marqués par des suites éloignées particulièrement médiocres, ont présenté aux divers examens du contenu gastrique une quantité assez notable de pigments biliaires (nos 17, 35, 49), simple coïncidence peut-être, d'autres observations plus nombreuses encore ont présenté les mêmes troubles, et pourtant on n'y put relever de bile ni à jeun ni après le repas d'épreuve, ou seulement en proportion minime.

Telles sont les diverses constatations obtenues chez les anciens gastro-entérostomisés par l'exploration de l'estomac et de ces deux importantes fonctions : la sécrétion et l'évacuation.

SECONDE PARTIE

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

CHAPITRE PREMIER

SYNDROME DYSPEPTIQUE SECONDAIRE A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE : SA DESCRIPTION ; SON ÉVOLUTION ; SA PATHOGÉNIE.

Au cours de l'ulcère et de ses complications « avec l'opération tout n'est pas fini, disait Mickulicz (1) dès 1897. Le malade après avoir passé quelques semaines entre les mains du chirurgien, doit subir un traitement diététique qui n'est pas de moindre importance ». Par cette phrase, l'éminent chirurgien allemand reconnaissait, qu'en l'absence de toute complication chirurgicale, l'on pouvait constater chez les gastro-entérostomisés des troubles dyspeptiques relevant du médecin, il affirmait ainsi l'existence de *suites médicales de la gastro-entérostomie*.

Ces troubles, nous les avons analysés longuement dans la première partie de cette étude ; nous les avons vus tour à tour se manifester en symptômes fonctionnels ou subjectifs, généraux et locaux et se montrer dans près de 75 0/0 des cas.

Or ils ne sont point en général isolés. Ils se trouvent réunis au contraire chez un ancien opéré, formant un tout, un syndrome, *syndrome secondaire* à la gastro-entérostomie.

(1) MICKULICZ, *Berlin. klin. Woch.*, 1897.

Débutant à une époque plus ou moins éloignée de l'intervention, ce syndrome se manifeste par l'apparition de quelques troubles dyspeptiques légers tout d'abord. Le malade commence à ressentir deux ou trois heures après ses repas une pesanteur à l'épigastre, un tiraillement peu intense mais qu'il avait oublié, en général, depuis son opération. Limitée à la région épigastrique, cette sensation douloureuse s'irradie déjà en ceinture, elle n'atteint pas encore le dos, elle n'est pas encore perforante. Sa durée est courte, elle n'est que de quelques minutes. Bientôt tout disparaît. le malade croit à une crampe, il incrimine son déjeuner qui « ne passe pas », parfois même ne voulant pas accuser son estomac, il se plaint d'une douleur intercostale, et peut décider son médecin à le traiter pour cette névralgie, comme nous l'avons constaté dans un cas où le traitement consista en application de ventouses scarifiées.

Cette première crise, pourtant, est l'avant-coureur de douleurs plus intenses. Après un temps variable, encore à une heure éloignée du repas, la crampe d'estomac se montre plus aiguë, cette fois, elle force le patient à se tenir courbé en deux, les mains comprimant l'épigastre, et à employer pour se calmer les moyens qui réussissaient jadis, avant l'opération. Il prend un peu de lait, du pain, du sucre, du bicarbonate de soude. Cette accalmie, d'ailleurs, ne dure que quelques instants, la douleur reparaît à plusieurs reprises jusqu'à 6, 7 heures après le repas. calmée par le repas suivant, mais pouvant réapparaître de nouveau quelques heures après. Et en effet, il ne s'agit plus d'une douleur isolée, mais d'une véritable crise, de durée variable, pouvant se prolonger quelques jours.

Mais déjà, à l'acmé de la crise douloureuse, le malade ressent une brûlure rétro-sternale, qu'il appelle du pyrosis et qui en réalité n'est qu'une régurgitation avortée. A la crise suivante la montée d'eau acide arrivera à la gorge, à la bouche, agaçant les dents ; elle sera expectorée : la régurgitation sera complète. Bientôt même le malade essaiera de provoquer un vomissement,

mais à son étonnement et à l'inverse de ce qui existait jadis il ne peut y parvenir ; malgré ses efforts il ne rend qu'un peu d'eau acide, à peine mélangée de quelques débris alimentaires, et cette difficulté des vomissements est bien spéciale, elle doit être remarquée.

La constipation enfin se montre à un degré variable, mais d'une façon assez fréquente. Le malade, habitué à avoir depuis son opération des selles faciles et régulières, s'étonne du changement qu'il constate, au lieu de deux gardes-robes par jour il n'en a qu'une, et encore est-elle difficile et pénible.

En dépit de ces troubles, l'appétit est conservé ; mais de nouveau, de crainte de souffrir, le patient supprime une partie de sa nourriture.

La dénutrition en est la résultante presque fatale, pour peu que la crise se prolonge et que les régurgitations aqueuses soient abondantes. L'état général s'altère souvent d'une façon exagérée, semble-t-il, en comparaison du peu de durée des accidents. Le poids diminue, les urines sont moins abondantes, et moins riches en chlorures et en urée. Le facies s'altère, enfin apparaît souvent une excitation du système nerveux qui vient exagérer encore l'atteinte de l'*état général*, atteinte, nous le répétons, très importante par sa fréquence et son intensité.

C'est alors que le malade vient consulter. Devant l'intensité des douleurs, devant l'aspect fatigué du malade, le médecin devrait s'attendre à trouver une réaction gastrique marquée. Or il n'en est rien, c'est à peine en effet si la palpation de l'épigastre provoque une sensibilité vive ; le plus souvent on constate une simple défense de la paroi sans point douloureux bien limité. La recherche des dimensions gastriques, après insufflation, peut montrer une ectasie un peu plus considérable que ne l'avaient fait observer les examens antérieurs, d'autres fois l'estomac est au contraire irritable, il réagit à une distension même très légère, l'insufflation peut même devenir impossible. Le tubage à jeun pourrait dans quelques cas ramener une quantité de liquide un peu plus considé-

nable qu'aux explorations précédentes, ce liquide, très rarement d'ailleurs, renfermera des débris alimentaires, mais encore a-t-il fallu pour cela faire prendre la veille au malade des carottes ou des raisins de Corinthe. L'analyse chimique y décèlera dans un certain nombre de cas la présence d'HCl libre, cette constatation, peu fréquente à vrai dire, est la marque manifeste de l'excitation gastrique, cause des troubles observés. Enfin le repas d'épreuve, après évacuation de l'estomac, pourra, assez rarement d'ailleurs, faire constater une augmentation de la chlorhydrie. Cette augmentation toutefois est très minime en général, et jamais elle ne donne des chiffres comparables à ceux qui précédaient l'intervention.

La réaction gastrique se marque donc par quelques modifications du chimisme et de l'évacuation. Mais ces modifications certaines sont légères, et il faut noter cette antithèse entre l'importance des troubles fonctionnels, la précocité de l'atteinte de l'état général et le peu d'intensité des réactions constatées à l'exploration gastrique ; c'est là l'un des caractères les plus constants de *ce syndrome dyspeptique secondaire* à la gastro-entérostomie.

§ 2

L'évolution varie avec les cas. Tantôt en effet, et c'est le plus fréquent, les crises se montrent par périodes, séparées par des accalmies complètes. Chaque période douloureuse, ayant une durée presque identique aux précédentes, présente les mêmes troubles, les mêmes réactions fonctionnelles générales et locales. Tantôt au contraire, les accalmies se font plus courtes, elles s'accompagnent même de légères douleurs, de tiraillements, très différents des douleurs des crises, mais qui cependant ne laissent guère de repos au malade. On doit alors craindre un réveil presque complet de l'ancienne affection, et si par un traitement immédiat l'on n'arrête pas les accidents, des troubles plus graves pourront survenir, telle l'hémorragie. Nous avons pu suivre plusieurs cas dans lesquels cette marche progressive des troubles dyspeptiques aboutit à une hémorragie, l'un d'eux est particulièrement intéressant.

Il s'agit d'une jeune fille, Mlle M..., opérée par le Dr Hartmann pour des phénomènes d'ulcus, remontant à 4 ans. Lors de l'opération, on trouva le pylore sain, mais au niveau de la petite courbure, à l'union de son tiers pylorique avec les deux tiers cardiaques existait une cicatrice évidente d'ulcère, provoquant déjà un début de biloculation. Gastro-entérostomie postérieure sur la poche cardiaque. Les suites immédiates furent parfaites, à l'exception d'une hémorragie légère marquée par du mœna le 4^e jour après l'opération, hémorragie provoquée probablement par les manœuvres opératoires. Pendant plus de quinze mois l'opérée ne ressentit aucun trouble, aucune douleur, la constipation même avait disparu quelques semaines après l'intervention. Pendant toute cette période d'ailleurs la jeune malade avait conservé un régime choisi, dans lequel le lait entraît pour une large part. Puis elle voulut à l'exemple d'une de ses amies faire une cure au Vin Mariani. Dès les premiers verres, elle ressentit une crampe au creux épigastrique. Elle n'en continua pas moins le vin et en quelques jours progressivement survinrent des douleurs de plus en plus intenses, prenant enfin le caractère *térébrant*. A ce moment même nous pûmes l'examiner ; son estomac était irritable, il ne put tolérer une insufflation même modérée, et cependant l'examen chimique du contenu gastrique après le repas d'épreuve ne montra aucune marque d'excitation gastrique.

Sous l'influence du régime donné, la douleur s'atténua, l'état général, qui était nettement altéré au premier examen, s'améliora, et deux mois après elle revint assez bien portante. C'est alors qu'elle reprit l'alimentation commune, et malgré les conseils donnés fit une consommation considérable de crudités et de fruits crus. Presque immédiatement les douleurs reprirent, plus intenses que jamais, et quinze jours plus tard les selles contenaient une quantité notable de sang (Obs. n° 65).

Tel est le syndrome dyspeptique, secondaire à la gastro-entérostomie, dans ses caractères cliniques et dans son évolution. Il ne semble d'ailleurs se modifier ni avec le malade, ni avec le procédé opératoire.

Le procédé opératoire en effet ne semble pas imprimer un caractère spécial à ce syndrome, que nous avons trouvé identique à lui-même aussi bien après la gastro-entérostomie en Y (procédé de Roux) (obs. n°s 44, 52, 53, 57, 59) qu'après la gastro-entérostomie postérieure (V. le plus grand nombre de nos observations). L'influence du malade, et des diverses réactions qui le caractérisent est plus intéressante. Il est certain en effet que chez les grands nerveux se surajoutent des troubles, plus ou moins marqués, d'ordre nerveux, mais il sera toujours facile,

sous l'apparence bien connue de la dyspepsie nervo-motrice, de reconnaître le syndrome dyspeptique des gastro-entérostomisés, que les troubles nerveux compliquent, mais ne modifient point.

§ 3

Il nous faut essayer maintenant d'en établir la *pathogénie*. Remarquons d'abord que le procédé opératoire ne semble avoir aucune influence pourvu que la bouche gastro-intestinale fonctionne d'une façon satisfaisante. Nous venons de montrer que cinq cas de gastro-entérostomie ont été suivis de troubles dyspeptiques : ce qui ferait, s'il était permis d'établir un pourcentage pour le trop petit nombre de gastro-entérostomies en Y examinées, une proportion de 60 0/0. Or c'est une proportion seulement un peu supérieure (70 0/0) que nous trouvons pour les cas opérés par les autres méthodes, et spécialement par le procédé de Von Hacker.

La nature de la lésion constatée lors de l'opération paraît plus importante, les résultats éloignés étant moins favorables au cas d'ulcère encore en évolution et de périgastrite (nos 2, 34, 35, 62, etc.), que lorsqu'il n'existe qu'une sténose simple définitivement constituée. Et encore les exceptions à cette règle sont-elles nombreuses (nos 8, 9, 16 et nos 15, 19, etc.). Il semble certain par contre que le syndrome dyspeptique se rencontre presque constamment lorsque l'ulcère siège loin du pylore, et particulièrement lorsqu'il provoque la biloculation. Dans le trop petit nombre de cas d'estomacs biloculaires que nous avons pu examiner (nos 54, 65, 70), nous avons toujours rencontré à la suite de la gastro-entérostomie simple ou associée à une gastroplastie (n° 70) l'ensemble de troubles caractérisant le syndrome secondaire à la gastro-entérostomie.

La seule influence constante que l'on rencontre à chaque cas est celle d'un défaut de régime, ou plutôt d'excès alimentaires, parfois même d'excès alcooliques. Tous nos anciens opérés qui souffraient, et présentaient les crises que nous connaissons, avaient un régime des plus médiocres, chez la plupart d'entre

eux même, l'on pouvait reconnaître comme cause provocatrice de chaque crise un excès alimentaire ; l'observation rapportée plus haut (n° 63) en est une preuve convaincante.

Mais ces simples notions étiologiques ne suffisent pas à expliquer la pathogénie de ces phénomènes, elles n'en font connaître ni le mécanisme ni la nature vraie, anatomique ou autre. Il semble difficile encore d'établir les conditions essentielles de production du syndrome secondaire à la gastro-entérostomie, les preuves anatomiques faisant défaut. Pourtant les caractères des douleurs, l'apparition des régurgitations, de la constipation, rappelant de tout point le syndrome pylorique, pourraient faire croire à une pathogénie semblable à celle du pylorisme, à un spasme, spasme de la bouche gastro-intestinale cette fois. Nous avons déjà dit, en traitant de la douleur, que rien ne pouvait s'opposer à cette conception, qui au contraire explique merveilleusement les faits observés.

Il faut pourtant encore, après un fait récent, se demander si dans certains cas les troubles incriminés ne relèveraient pas d'une guérison spontanée de l'ouverture gastro-jéjunale pratiquée lors de l'opération. C'est l'opinion de M. Tuffier (1), appuyée sur l'exemple qu'il vient d'observer et de rapporter à la Société de chirurgie. Il est certain que ce fait, joint à un autre semblable du professeur Monprofit, soulève un nouveau et important problème : celui du fonctionnement ultérieur de la bouche gastro-intestinale. Les recherches expérimentales de Kelling (*Arch. f. Verdauungs Krankheiten*, 1900) montrent que les néopylores s'oblitérent presque toujours lorsqu'on laisse libre le pylore normal. Ces conclusions, très rationnelles et conformes aux données physiologiques (V. la discussion à la Société de chirurgie), se limitent donc aux cas où il n'existe pas de sténose pylorique vraie, or nous avons montré que, si le syndrome secondaire à la gastro-entérostomie se voit peut-être un peu plus fréquemment alors que l'ulcère est extra-pylorique, et tout spécialement au

(1) TUFFIER, *Bull. Soc. chir.*, 7 mai 1907. — MONPROFIT, *18^e Congrès franç. de chir.*, 1905.

cas d'estomac biloculaire, il n'est point exceptionnel, loin de là, lorsque la sténose a été reconnue certaine au cours de l'opération, et par certaine nous entendons d'origine nettement cicatricielle (obs. n^{os} 2, 8, 16, 31, 32, 37, etc.). Ces faits n'enlèvent pas aux observations de MM. Tuffier et Monprofit leur importance, ils montrent seulement d'une façon nette qu'il ne faut pas d'emblée généraliser, et qu'en résumé, si la possibilité d'une oblitération du néopylore doit toujours être soupçonnée pour les cas d'ulcères extra-pyloriques, pour les autres, et ce sont peut-être les plus nombreux, l'on ne doit jusqu'à plus ample informé n'attribuer les troubles observés qu'à des causes toutes différentes, parmi lesquelles le spasme semble la plus probable.

CHAPITRE II

IMPORTANCE PRATIQUE DU SYNDROME DYSPEPTIQUE SECONDAIRE A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Les troubles, constituant le syndrome clinique, que nous venons de décrire, ne sont pas sans entraîner des conséquences pratiques fort importantes pour les anciens opérés. Et en effet, d'une façon générale, les gastro-entérostomisés présentent une *capacité fonctionnelle digestive* diminuée, une *capacité de travail* encore imparfaite, enfin une *capacité vitale* amoindrie.

La *capacité fonctionnelle digestive* après la gastro-entérostomie reste diminuée par rapport à la normale. Cela ressort de l'étude des causes provocatrices des troubles plus haut décrits, dont aucune n'est plus fréquente qu'une faute de régime. Or, par faute de régime, il faut entendre parfois de véritables excès (obs. n° 9), mais plus souvent encore un écart léger qui pour un individu normal ne présenterait aucun inconvénient : c'est que les gastro-entérostomisés conservent une capacité digestive diminuée, et nous ne saurions trop y insister. Les exemples en sont nombreux, tous les anciens opérés méticuleusement interrogés, avoueront, pour peu qu'ils s'observent, qu'ils se trouvent bien portants par rapport à leur état antérieur, mais que cependant ils sont astreints à un régime que souvent ils se sont composé eux-mêmes, régime dont la stricte observation peut seule les conserver indemnes de troubles digestifs pénibles. C'est d'ailleurs ce que nous ont affirmé les malades des n°s 2, 3, 5, 8, 9, etc., 15, 17, 19, 29, 32, 43, etc... et voilà certes une preuve qu'avec la gastro-entérostomie tout n'est pas fini, les opérés restant des « *méiopragiques* » gastriques, et ces faits montrent combien grande est l'erreur des chirurgiens qui aux nouveaux opérés donnent cette parole pleine de promesses : « Allez, vous êtes opéré, vous êtes guéri. Allez et mangez. »

La *capacité de travail* n'est pas non plus redevenue parfaite. C'est là une constatation importante et qui demande quelques détails. Nous nous sommes attaché chez les 76 malades que nous avons examinés à rechercher le bilan exact de leur capacité de travail. Vingt-sept d'entre eux semblent l'avoir recouvrée entièrement (n^{os} 3, 5, 7, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 28, 29, 33, 36, 42, 43, 44, 45, 48, 50, 53, 58, 60, 63, 64, 68, 71). Onze seulement en partie (n^{os} 23, 29, 30, 32, 37, 39, 47, 51, 52, 70, 76) ; pour tous les autres le bénéfice de l'opération, quoique réel, est resté cependant très limité, à l'exception de deux (n^{os} 27, 74), pour lesquels il fut nul. L'analyse plus consciencieuse de ces faits permet d'établir les quelques données intéressantes qui suivent : et d'abord pour la presque totalité des malades le gain opératoire, en ce qui concerne la capacité de travail, est énorme, puisque grâce à l'intervention ils ont pu reprendre leur vie et leur profession ancienne, alors qu'auparavant ils étaient incapables du moindre effort. En second lieu, il faut toutefois faire des restrictions et remarquer que ce retour n'est jamais pour ainsi dire complet, l'ancien opéré devant de temps à autre se reposer, et étant certainement plus sensible à la fatigue qu'un individu normal ; d'ailleurs, presque tous les gastro-entérostomisés qui accusent un retour complet de leurs forces sont précisément ceux qui ont une occupation peu pénible. En troisième lieu enfin, un certain nombre d'entre eux ont dû à une époque variable, à la suite de l'opération, prendre un métier différent de celui qu'ils exerçaient, et cela parce que leur profession pénible provoquait l'apparition des troubles dyspeptiques caractérisant notre syndrome (n^{os} 23, 25, 32, 34, 63, etc.). Enfin chez beaucoup de ceux qui continuent leurs occupations passées, tout excès de travail, toute fatigue, entraîne des douleurs gastriques, et certainement à côté des écarts de régime la fatigue a un rôle de premier ordre dans l'apparition du syndrome dyspeptique secondaire à la gastro-entérostomie (n^{os} 11, 16, 56, 67, etc. etc.).

La *capacité vitale* enfin, cette étude entière en est une preuve, ne revient pas absolument complète à la suite de la gastro-entérostomie. Nous savons déjà que presque jamais les anciens

opérés ne recouvrent le poids qu'ils avaient en bonne santé. Nous venons de voir qu'ils restent des méiopragiques gastriques obligés à des précautions, tant dans leur alimentation que dans leur travail, ils ont donc une capacité vitale certainement amoindrie. C'est là cependant une chose très relative, et nous devons constater que, malgré son infériorité, le gastro-entérostomisé ne semble point payer un tribut spécial aux infections diverses : la tuberculose (1) même n'est pas, croyons-nous, plus fréquente chez lui, lorsque du moins il n'a pas été contaminé avant l'opération.

De ces faits nous devons conclure avec Mickulicz, « qu'avec l'opération tout n'est pas fini » car, ajoutons-nous, le gastro-entérostomisé n'est pas du fait de son opération redevenu parfaitement normal.

(1) Il ne nous a pas été possible de suivre des gastro-entérostomisés atteints de tuberculose et d'essayer de nous rendre compte de l'influence de l'opération sur le processus bacillaire. Dans un cas elle aurait été bonne, sans avoir cependant enrayé la marche de la maladie (Tuffier et Mautet, communication orale).

CHAPITRE III

TRAITEMENT DU SYNDROME DYSPEPTIQUE SECONDAIRE A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Le traitement des troubles dyspeptiques que nous venons d'étudier chez les anciens gastro-entérostomisés doit être curatif, mais avant tout préventif.

Le traitement *curatif* tout d'abord consistera essentiellement en la mise au repos de l'estomac, et aussi du malade lui-même.

Le *repos général* est indispensable, puisque nous savons que la fatigue est un des facteurs étiologiques des troubles observés chez les anciens opérés. Repos physique, repos moral. En cas de crise intense, s'accompagnant d'atteinte de l'état général, on devra faire garder le lit, et défendre pendant quelques jours au moins toute fatigue.

La *mise au repos* de l'estomac est l'indication la plus habituelle : elle consistera dans les cas légers à supprimer pendant quelques jours toute nourriture solide, et à ne donner que du lait, lait ordinaire lors d'excitation gastrique, et c'est la règle ; kéfir, koumis au cas d'hypo-pepsie et d'atonie, ce qui est l'exception. Puis très rapidement l'on reprendra une alimentation plus riche, mais seulement d'une façon très progressive, et sous une surveillance sérieuse, attentive à revenir sur ses pas à la moindre réaction gastrique. Dans les formes plus intenses (au cas d'hémorragie, de vomissements abondants, etc.), le lait lui-même sera donné avec mesure, il sera remplacé par de l'eau bouillie, prise par la voie buccale et surtout sous forme d'injection de sérum (sérum artificiel, sérum marin). Enfin à la moindre réaction douloureuse de l'estomac, des applications humides chaudes seront placées en permanence sur l'épigastre, elles constituent en effet le meilleur calmant des douleurs gastriques.

L'on sera spécialement sobre de médicaments : le bicarbonate de soude lui-même n'est point sans inconvénients, il ne donne qu'une amélioration passagère et nombreux sont les malades qui nous ont avoué en absorber des quantités parfois énormes pour n'obtenir qu'un bien-être de peu de durée. Le pansement bismuthé dans plusieurs cas nous a donné des résultats remarquables et persistants, il sera toujours employé avec succès à condition que la crise s'accompagne d'une excitation stomacale, et nous savons que c'est la règle, au moins à un faible degré.

Le traitement *diététique* est le seul véritablement intéressant. Il devra être donné systématiquement à tout opéré, au moins pendant quelque temps. Lors d'apparition du *syndrome dyspeptique* secondaire à la gastro-entérostomie il succédera rapidement au traitement curatif que nous venons d'indiquer. Il n'entre pas dans ce travail (1) de détailler le « régime alimentaire » des gastro-entérostomisés. Rappelons qu'il devra comporter :

1° Pour les cas à réaction gastrique exagérée, sécrétoire, et chimique, reconnue avant l'opération (90 0/0 des cas), l'emploi presque exclusif des féculents sous forme de potages, bouillies, purées. Une limitation de la viande, du poisson, et parfois des œufs. On permettra les légumes verts en purée, les fruits en compote. Enfin, au début au moins, le pain sera remplacé avantageusement par des biscottes, des échaudés, etc.

2° Pour les rares exemples d'hypofonctionnement gastrique (hypo-pepsie, atonie) on se trouvera bien au contraire de la viande crue, des œufs et de la continuation du kéfir et du koumis.

Dans tous les cas enfin on s'abstiendra de vin, et spécialement de vin blanc et de vin de Bourgogne, de liqueurs, d'apéritifs, d'alcools.

Dans ces conditions, le *syndrome dyspeptique* secondaire à la gastro-entérostomie sera de moins en moins fréquent. Pour le prouver, constatons en terminant que seuls les malades dirigés médicalement après l'opération (nos 15, 19, 23, 32, 46, 63, 71,

(1) Ce traitement diététique fera l'objet d'un travail spécial de l'auteur en collaboration avec M. le docteur Parmentier, médecin de l'hôpital Tenon.

etc. etc.), à quelques exceptions près, ont été indemnes de troubles ultérieurs et que nous avons pu, sous la direction de notre maître, par ce traitement, améliorer très rapidement les autres.

Ces simples faits confirment donc, et c'est là notre conclusion, l'importance du traitement diététique médical réclamé par Mickulicz après l'opération, car ainsi que le disait Robert Saundby (1) : « Les maladies stomacales sont justement celles où la collaboration des éléments médical et chirurgical est le plus désirable. »

(1) *British med. Journ.*, 17 décembre 1904, p. 1621.

OBSERVATIONS

Obs. 1 (publiée en 1898 par le D^r TUFFIER, in *Presse médicale*, sous le titre : « Rétrécissement spasmodique du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Suites opératoires satisfaisantes. » — *Nouvel examen 10 ans après l'opération : suites médicales médiocres, malgré l'amélioration ; névropathie.*

G... Marie, 24 ans, sans profession. On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

C'est vers 1885 que la malade commença à éprouver des troubles gastriques ; elle ressentait des douleurs au creux de l'estomac et avait des vomissements bilieux abondants. Ces phénomènes s'accusent peu à peu, et en 1889 les vomissements devinrent journaliers : la malade avait alors des aigreurs et du clapotement stomacal dont elle s'apercevait elle-même.

En 1890, à la suite de l'influenza, ces troubles s'aggravèrent, et après une courte amélioration, les douleurs, vomissements, l'amaigrissement progressif la décidèrent à se faire opérer.

Examen avant l'opération. — Malade très amaigrie. Dénutrition marquée. Etat nerveux accentué, sans stigmates d'hystérie.

Localement, on perçoit au-dessous de l'appendice xyphoïde, à la palpation profonde, une petite masse dure, allongée, du volume du petit doigt et d'une longueur de 2 centimètres environ.

OPÉRATION, 9 mars 1897 (D^r TUFFIER). — On constate au niveau du pylore l'anneau que l'on percevait. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes.

En mai (fin). — 2 mois 1/2 après l'opération la malade écrit qu'elle est bien, qu'elle mange de tout et engraisse. Mais deux mois plus tard, à la suite de ce régime se montrent à nouveau des douleurs vives, accompagnées de vomissements et de phénomènes nerveux, crise de nerfs avec perte incomplète de connaissance et rétention d'urine. Pendant 2 ans, elle reste fatiguée.

En 1899 elle est un peu mieux, et cette amélioration semble avoir été en progressant. Il persiste cependant des troubles dyspeptiques caractérisés par des tiraillements, une sensation de malaise, bizarre, siègeant dans les reins, dans l'abdomen, et variables d'un jour à l'autre. Les vomissements ont cessé, mais la malade a souvent des nausées et elle est restée constipée.

Enfin les troubles nerveux persistent : céphalée, sommeil troublé, plaque lombaire. Parfois même, à l'occasion d'un ennui, la malade a une crise de nerfs.

Mai 1907 : EXAMEN. — Malade amaigrie, son poids n'a pas augmenté depuis 4 ans, et est à peine supérieur à ce qu'il était lors de l'opération (39 kilos).

Localement : l'estomac à jeun ou après 200 centimètres cubes de liquide descend seulement à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il est par contre dilaté transversalement.

Capacité digestive : la malade suit un régime composé d'œufs, de légumes, de potages et de bouillies. Elle prend peu de pain et boit des infusions.

Capacité de travail : la malade s'occupe chez elle à son ménage.

OBS. 2. — *Sténose du pylore par bride fibreuse secondaire à un ulcus probable.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr TUFFIER). — *Suites médicales* : 10 ans, bonnes relativement à l'état antérieur. — SYNDROME SECONDAIRE très caractérisé, au moindre écart de régime.

B... Jules, 48 ans, employé, entre le 12 mars 1897 dans le service du Dr Tuffier.

Les premiers troubles dyspeptiques datent d'une chute sur l'abdomen en 1870. Depuis cette époque, le malade accuse des douleurs plus ou moins intenses, attribuées à une gastrite, à une gastralgie, à des névralgies par les médecins consultés.

Il y a 3 ans les douleurs sont plus vives, le malade les calme en provoquant un vomissement par l'introduction des doigts dans l'arrière-bouche.

Peu à peu les vomissements devinrent quotidiens, calmés quelque temps par des lavages, ils persistent encore après ; sur les conseils du Dr Hayem le malade consent à l'opération.

Examen avant l'opération. — Bon état général : par le traitement suivi chez M. Hayem le malade a regagné son embonpoint.

Localement aucune douleur à la palpation. L'estomac est très dilaté.

OPÉRATION, 16 mars 1897 (Dr TUFFIER). — Estomac très distendu ; au niveau du pylore on trouve une bride partant de la face inférieure de la vésicule biliaire et allant s'étaler à la face antérieure de l'estomac et au niveau du pylore par une surface adhérente très ancienne. Le pylore présente à la palpation une résistance et une dureté spéciales. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : compliquées d'une ouverture de la plaie opératoire, au travers de laquelle vient faire hernie une masse composée de l'épiploon, du bord antérieur du foie, et aussi de la face antérieure de l'estomac. Dans une intervention ultérieure on libère ces parties viscérales et on ferme la plaie. Les vomissements qu'avait présentés le malade persistent quelques jours, puis cessent après quelques lavages de l'estomac.

Suites éloignées : 10 ans. — Le malade se trouve amélioré. Cependant de temps à autre à l'occasion d'un écart de régime léger (s'il mange un peu de

salade, s'il boit quelques gouttes de vin) surviennent des *crises* marquées par des douleurs, des vomissements et de la constipation.

Douleurs très vives, sensation de tiraillement, de morsure, forçant le malade à se tenir en deux. Elles se montrent 4 heures après les repas, et sont calmées par l'ingestion d'un peu de lait. Elles siègent au creux épigastrique.

Les *vomissements* ne sont jamais alimentaires, bien que le malade essaye de les provoquer. Ce sont des régurgitations d'eau acide, rares d'ailleurs. Elles calment la douleur.

Enfin le malade est resté *constipé*, cette constipation semble s'exagérer un peu lors des crises douloureuses.

Mai 1907 : EXAMEN. — Bon aspect. Le poids a augmenté depuis l'opération de 13 kil. 500, mais reste encore de 17 kilos inférieur au poids de bonne santé (Lors de l'opération : poids : 85 livres. A la sortie de l'hôpital : 107 livres. Actuellement : 112 livres. Poids de jadis : 140 livres).

Localement : à jeun l'estomac déborde un peu l'ombilic. Après une insufflation moyenne il descend à 3 centimètres au-dessus. Insufflation maxima 7 poires.

CHIMISME : 27 mai 1907. — La sonde retire une heure après le repas d'épreuve 200 centimètres cubes de liquide, dont l'analyse est la suivante :

A : 287. H : 58. C : 220. H + C : 278. T : 438. F : 160.

Tubeage à jeun : 27 mai. — La sonde ramène 25 centimètres cubes de liquide jaune bilieux renfermant quelques débris alimentaires.

Capacité digestive : médiocre. Le malade suit un régime sévère, donné par le professeur Hayem : potages, purée, œufs, lait. Au moindre écart : *crise*.

Capacité de travail : 12 heures par jour de travail comme conducteur de travaux de plomberie.

OBS. 3. — Ulcère ancien de la région prépylorique. — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr TUFFIER). — *Suites médicales* : 10 ans, bonnes, mais non parfaites. — *Ebauche de temps à autre du SYNDROME SECONDAIRE à l'occasion d'écart de régime.*

D... Jules, 45 ans, charcutier, entre le 14 avril 1897 dans le service du Dr Tuffier.

C'est en 1881 qu'apparaissent les premiers troubles dyspeptiques. C'est une *lenteur* des digestions s'accompagnant parfois de *vomissements* alimentaires survenant tardivement après les repas, et lors de paroxysmes, prenant le type des *douleurs* vives du syndrome pylorique. Ces phénomènes se montrent par périodes, séparées par des accalmies, de 1881 à 1895.

En 1895 se produit une amélioration qui persiste un an.

En juin 1896 les douleurs reparaissent, accompagnées de vomissements aqueux (bilieux, dit le malade), et de vomissements alimentaires très fréquents. Depuis cette époque les troubles se sont encore accentués, le malade

très nerveux a des idées de suicide, et il vient lui-même réclamer l'opération.

Examen avant l'opération (Dr TUFFIER). — Malade amaigri, accusant une perte de poids de près de 20 kilos.

Localement : l'épigastre résiste à la palpation, l'estomac est dilaté surtout transversalement.

OPÉRATION, 27 avril 1897 (Dr TUFFIER). — L'estomac est très dilaté. Au niveau de la petite courbure existe une induration qui atteint le pylore. Des adhérences unissent la petite courbure au foie et une bride fibreuse partant de ce point gagne l'épiploon, au niveau de l'antrum pylorique. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : bonnes d'abord, compliquées ensuite d'une phlegmatia alba dolens au membre inférieur gauche.

Suites éloignées : 10 ans. — Excellentes d'une façon générale. Le malade a une vie normale. Mais de temps à autre à l'occasion d'un écart de régime il ressent une très légère pesanteur à l'épigastre et vomit ses aliments. D'ailleurs il surveille avec soin son régime, prenant à peu près l'alimentation ordinaire, à l'exception des aliments gras, il ne peut supporter non plus le vin blanc qui lui a occasionné des douleurs chaque fois qu'il a tenté d'en boire.

Mai 1907 : EXAMEN. — Etat général excellent : le malade a gagné 30 livres depuis son opération, il a atteint son poids normal un an après l'opération.

Localement : l'estomac à jeun reste à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Après une insufflation de 8 poires il reste à 2 cm. 1/2 au-dessus de ce point.

Le tubage à jeun ramène un débris de poireaux pris la veille et 10 centimètres cubes de liquide bilieux.

CHIMISME : 27 mai 1907. — Une heure après repas d'épreuve : 80 centimètres cubes de liquide bilieux dont l'analyse donne les chiffres suivants : A : 77. H : 0. C : 68. T : 306. F : 238.

Capacité digestive : bonne, mais le malade surveille son régime, évitant le vin blanc et les graisses.

Capacité professionnelle : travail très dur (charcutier), 15 heures par jour.

OBS. 4. — *Dyspepsie avec atonie et ptose gastrique. — Péricholécystite. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr TUFFIER), *suivie de deux autres interventions* (seconde gastro-entérostomie, et libération d'adhérences). — *Suites médicales* : 10 ans, mauvaises.

Mme P... Marie, 36 ans, sans profession, entre le 20 mai 1897 dans le service du Dr Tuffier.

Il y a 6 ans que les premiers troubles dyspeptiques ont fait leur apparition, sous forme de douleurs au creux épigastrique, s'irradiant entre les deux épaules et survenant 3 à 4 heures après les repas.

Deux ans plus tard aux douleurs se joignent les *vomissements alimentaires*, très tardifs également après les repas, et calmant la douleur. Enfin la *constipation* est opiniâtre.

En mars 1907 elle présente à deux reprises deux *crises douloureuses* très différentes des *douleurs* précédentes. Leur siège à l'hypocondre droit, la température qui les accompagna, et surtout l'ictère consécutif démontrèrent leur origine biliaire.

Récemment les douleurs gastriques et les vomissements se sont exagérés au point que la malade ne peut supporter le moindre aliment, et qu'elle demande elle-même à être opérée.

Examen avant l'opération (D^r HAYEM). — Malade amaigrie, accusant une perte de 20 kilos en 6 ans ; incapable de tout travail. Nerveuse, irritable, elle s'alimente difficilement bien que les vomissements aient cessé.

Localement : M. le D^r Hayem donne les renseignements suivants : pas d'obstacle pylorique. Pas d'ulcère. L'estomac se vide pendant la nuit. Mais il présente une déformation en « V », avec une dilatation notable et de l'atonie. Digestion lente, pénible entretenant un état neurasthénique accentué. Le malade demande l'opération. Le D^r Tuffier sent en outre au niveau de la région pylorique une induration de la grosseur d'une noix, roulant sous le doigt.

OPÉRATION, 22 mai 1897 (D^r TUFFIER). — On constate une induration au niveau du pylore. L'estomac apparaît bilobé.

La vésicule biliaire est rétractée sur des calculs et des adhérences l'unissant au foie et à la région pylorique : gastro-entérostomie postérieure et cholécystotomie.

Suites immédiates : assez bonnes au début. Puis reprise des douleurs et des vomissements, qui se répètent et retentissent sur l'état général. On décide une seconde intervention.

23 juin : *seconde opération*. — Libération des adhérences ; fermeture de la vésicule. Création d'une nouvelle bouche gastro-intestinale, bien que la première parût suffisante.

Suites immédiates : marquées encore par des *vomissements* qui persistent.

19 juillet : *troisième intervention*. — On libère des adhérences qui unissent l'estomac à la paroi abdominale et à une anse intestinale.

Suites immédiates : la malade continue à vomir pendant une dizaine de jours ; puis les vomissements cessent, l'état général s'améliore.

Suites éloignées : 10 ans. — L'état de la malade n'a jamais été très bon : les douleurs ont continué, irrégulières, en relation le plus souvent avec les repas, mais parfois indépendantes d'eux. Il s'y joint des régurgitations aqueuses, assez rares d'ailleurs. La constipation a persisté.

L'état nerveux est resté identique à ce qui précédait l'opération ; la malade déprimée se laisse aller, incapable du moindre effort : elle passe ses journées en partie sur une chaise longue.

Mai 1907 : EXAMEN. — Malade fatiguée ; amaigrie, accusant encore une perte de poids depuis un an (4 kil.).

Localement : cicatrice étendue. Ptose viscérale (entéroptose, néphroptose). L'estomac à jeun est ptosé et descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait il clapote à 3 centimètres au-dessus de la ligne bi-iliaque.

CHIMISME : 27 mai 1907. — A : 84. H : 0. C : 87. T : 306. F : 219. Quantité : 50 centimètres cubes de liquide jaune bilieux.

Tubage à jeun ne ramène rien.

Capacité digestive : médiocre. Sur les conseils du professeur Hayem la malade suit un régime composé de viande crue, et œufs crus. Le régime des pâtes et des féculents n'est pas toléré (hypoepsie et atonie gastrique).

Capacité de travail : nulle.

OBS. 5 (1). — *Ulcère de l'estomac.* — *Gastro-sucorrhée.* — *Gastro-entérostomie* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales 9 ans : en général bonnes, cependant récemment à la suite d'un régime défectueux reprise de troubles légers constituant le SYNDROME SECONDAIRE atténué.*

M. V..., 34 ans, journalier, entre en février 1898 à Lariboisière chez M. Hartmann.

Le début remonte à 5 ans. A cette époque : troubles gastriques, renvois acides, digestions difficiles ; par périodes il souffre de crises douloureuses, sans vomissements.

Une crise douloureuse, de 5 mois, le fait entrer à Tenon, chez M. Achard. Pendant son séjour il a une petite *hématémèse*. Le traitement médical ne l'améliorant pas il est envoyé à M. Hartmann avec le diagnostic de « gastrite ulcéreuse ».

A son entrée, maladie essentiellement caractérisée par de violentes *douleurs tardives* à la région épigastrique, s'irradiant dans le dos. Quelques rares vomissements aqueux, acides. Amaigrissement de 18 kilos en 5 mois.

Douleur vive à la palpation au niveau de la région pylorique. L'estomac n'est pas dilaté.

OPÉRATION, 14 février 1898 (M. HARTMANN). — Gastro-entérostomie postérieure. Quelques adhérences de la vésicule biliaire au duodénum et au pylore. Au palper l'estomac semble un peu induré au voisinage du pylore.

Suites immédiates : excellentes ; le malade commence à s'alimenter normalement à partir du 6^e jour. Aucune douleur. Augmentation de poids de 16 kilos en moins de 7 semaines.

Examen 3 semaines après l'opération, par Soupault. Disparition absolue des douleurs, rétablissement complet des fonctions gastriques. Mêmes dimensions de l'estomac.

(1) Les observations n^{os} 5, 7, 9, 11, 13, 14 ont été antérieurement relatées in th. LEROY, Paris, 1902. Les malades ont été réexaminés et les observations revues.

Pendant 7 ans, de 1898 en 1905, le malade est généralement bien. Aucune grande douleur, pas un seul vomissement, sauf pourtant après des excès alimentaires même légers : le malade est repris alors de quelques douleurs tardives et surtout de constipation. Ne suit aucun régime.

Depuis 2 ans il a quelques douleurs à l'estomac, sans vomissement, il est constipé pendant plusieurs jours de suite. Son appétit est toujours bon.

Il se plaint en même temps de céphalée, de tête lourde, de fatigue ; il a moins d'énergie. Il croit aussi avoir maigri de quelques livres.

CHIMISME.

Avant l'opération : A : 218. H : 75. C : 185. H + C : 260. T : 369. F : 109.

3 semaines après : A : 176. H : 41. C : 132. H + C : 173. T : 403. F : 230.

17 février 1907 : A : 245. H : 48. C : 98. H + C : 146. T : 438. F : 292.

Tubage à jeun, avant : 80 centimètres cubes de liquide chlorhydrique.

17 février 1907. — 48 centimètres cubes de liquide chlorhydrique.

Examen local : l'estomac ne dépasse pas d'un demi-travers de doigt l'ombilic. Poids : 66 kilos.

Capacité digestive : excellente.

Capacité au travail : employé aux machines, travail 10 heures par jour, travail dur nécessitant le soulèvement de 40 kilos toutes les demi-heures, ce qu'il fait sans fatigue.

Obs. 6. — *Pylorisme provoqué par une sténose du pylore d'origine biliaire (péricholécystite).* — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr TUFFIER). — *Suites opératoires : 9 ans et 3 mois, bonnes relativement.* — *SYNDROME SECONDAIRE persistant, provoqué par l'alimentation défectueuse.*

Mme B..., 48 ans, ménagère, entre dans le service du Dr Tuffier, le 11 février 1898.

Les premiers troubles sont apparus à l'âge de 30 ans : à la suite de violents chagrins se montrent des douleurs au creux épigastrique, des tiraillements tardifs après les repas, remplacés par une véritable fringale à l'approche du repas suivant. En même temps elle rend de l'eau, *régurgitations* fréquentes et abondantes, surtout dans la nuit, vers 2 heures du matin. Il n'y a pas de constipation.

Ces troubles persistent assez intenses pendant quelques semaines, puis s'atténuent sous l'influence d'un régime. Pendant les 16 années ultérieures, ils réapparaissent par périodes, mais ces nouvelles crises sont rares, courtes et d'intensité légère.

Il y a 2 ans les mêmes troubles reparaissent : brûlures, régurgitations, cette fois plus aigus. L'appétit diminue et la malade commence à maigrir. Des lavages de l'estomac l'améliorent pour un temps très court, l'amaigrissement est plus marqué, il atteint 5 kil. 500 en un an, le Dr Robin adresse la malade au Dr Tuffier.

Examen avant l'opération (Dr TUFFIER). — Femme amaigrie (55 kil. 500

actuellement, au lieu de 61 kilos il y a un an et de 74 kilos il y a 20 ans). L'estomac est fortement dilaté et abaissé : la petite courbure de l'estomac est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, la grande courbure descend à 4 travers de doigt au-dessous de ce point (limites fixées par la percussion et le clapotage).

Les reins ne sont pas ptosés.

OPÉRATION, 12 février 1898 (Dr TUFFIER). — On constate que l'estomac est abaissé et que l'épiploon est légèrement adhérent à la paroi abdominale. On tombe sur la vésicule biliaire occupée par deux calculs du volume d'une noisette ; de la vésicule partent des brides fibreuses allant enserrer le pylore. *Cholécystectomie et gastro-entérostomie postérieure régulière.*

Suites immédiates : pénibles les premiers jours, excellentes ensuite. Progressivement l'on reprend l'alimentation qui provoque quelques nausées.

4 mars. — La malade après un repas un peu indigeste vomit. Elle a d'ailleurs des *réurgitations* aqueuses de temps à autre après ses repas. Elle quitte l'hôpital le 5 mars.

23 mars. — M. le Dr Tuffier présente la malade à la Société de chirurgie. Elle est améliorée, cependant elle ressent après ses repas des douleurs légères au niveau de sa cicatrice, dit-elle, douleurs qui correspondent dans le dos. Il s'y joint des *réurgitations* aqueuses. Elle s'alimente surtout avec de la viande peu cuite, des œufs, des potages.

Suites éloignées : 9 ans et 3 mois. — L'état est resté relativement bon, la malade peut mener une vie à peu près normale. Cependant de temps à autre elle ressent, 2 heures après son repas, une *douleur* au creux épigastrique s'irradiant parfois dans le dos ; douleur vive, la forçant à se tenir courbée en deux ; elle est calmée par l'ingestion d'un peu de lait, de pain, et par les *vomissements*. Les vomissements alimentaires surtout calment cette douleur ; mais ils sont très difficiles et ne se montrent qu'aux grandes crises ; habituellement il n'existe que des *réurgitations* aqueuses. Enfin lors de ces crises, la malade est constipée.

La cause principale de ces accidents est l'alimentation et la fatigue. D'ailleurs elle a conservé le régime que nous avons indiqué. Viandes saignantes, œufs, légumes, potages ; un peu de vin coupé d'eau.

Mai 1907 : EXAMEN. — Etat général à peu près satisfaisant ; le poids s'est maintenu aux environs de 58 kilos, sans jamais arriver au poids de jadis (74 kilos).

L'estomac est resté grand et ptosé ; il déborde l'ombilic de 3 travers de doigt, et après 200 centimètres cubes de lait il atteint la ligne bi-iliaque.

Capacité digestive : moyenne.

Capacité de travail : très limitée. La malade fait son ménage, elle craint la fatigue.

OBS. 7. — *Ulcère avec sténose. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le D^r HARTMANN). — *Suites médicales : 9 ans, bonnes, malgré le défaut de régime.*

M. C... Victor, 50 ans, chaudronnier, entré le 24 février 1898, service de M. le professeur Terrier.

Il entre pour affection gastrique qui a débuté il y a 7 mois. Phénomènes suivants : dégoût de la viande, perte de l'appétit, *quelques brûlures* au creux de l'estomac, survenant 2 ou 3 heures après les repas, suivies de *vomissements provoqués* en mettant les doigts dans la bouche. Phénomènes d'hyperchlorhydrie simple. Les troubles gastriques ne tardent pas à se modifier. Il y a 5 mois environ, octobre 1897, *vomissements noirs* qui durent une quinzaine de jours, accompagnés d'une intolérance gastrique absolue. A ce moment *selles noires* comme du goudron, *melæna*. Une ulcération gastrique s'est formée ; à ce moment *vomissements* moins réguliers, tous les 3 ou 4 jours ; la douleur d'abord tolérable, au bout de 2 ou 3 jours devient insupportable ; le malade sent son estomac plein, se fait *vomir*. Les vomissements, il l'a remarqué lui-même, contiennent des aliments de plusieurs jours, notamment des *débris de légumes*. Depuis deux mois il remarque un autre phénomène, c'est une sensation de *boule* qui se promène dans son ventre et que l'on perçoit très bien sur le malade quand on le percute ou qu'on palpe son estomac, c'est l'*ondulation épigastrique de Kussmaul*. Depuis le mois de janvier le malade est au régime lacté absolu, ce qui amende un peu les douleurs. Le malade a des signes manifestes de sténose du pylore. Il a maigri de 15 kilos et a une teinte terreuse. La *constipation est opiniâtre*. Le malade est artério-scléreux, ce qui doit être mis sur le compte de l'alcoolisme que le malade avoue.

OPÉRATION, 13 mars 1898 (M. HARTMANN). — Gastro-entérostomie. La portion de l'estomac qui avoisine la région pylorique est épaissie, adhérente aux parties voisines, et même à la paroi abdominale.

Suites immédiates : sans incidents. Amélioration très rapide. Nouvel examen en fin mars. Les douleurs et les vomissements ont disparu, il y a encore quelques régurgitations et renvois.

Poids augmenté, forces revenues, les selles sont abondantes.

Suites éloignées. — Révu le 12 septembre 1901.

Etat excellent. Mine très bonne. Engraissé de 22 kilos depuis opération. Travail sans peine à son dur métier de chaudronnier. Etat gastrique parfait. Mange de bon appétit, n'a plus ni *douleurs* ni *vomissements*, selles régulières, urines normales. Seulement un peu de ballonnement et quelques éructations de gaz inodores. En somme état excellent en tous points.

Depuis 9 ans pas une douleur, ni aigreur, pas un vomissement.

Examen. — L'estomac descend à un demi-travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; à 2 travers 1/2 après insufflation.

CHIMISME. — Un mois après l'opération : A : 103. H + C : 106. T : 351. F : 246.

9 ans après l'opération : A : 85. H : 0. C : 44. T : 299. F : 255. (21 février 1907).

Tubage à jeun, avant l'opération : abondant liquide de stase.

21 février 1907. — 50 centimètres cubes de liquide bilieux ; il contient une feuille de cresson, prise la veille par le malade.

Capacité digestive : excellente, mange de tout, même des aliments qu'il ne pouvait tolérer auparavant. Un peu d'alcool.

Capacité de travail : travail comme monteur en fer pendant 10 heures par jour, travail pénible demandant de la force.

OBS. 8. — *Sténose du pylore : ulcère cicatrisé.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr TUFFIER). — *Suites médicales* : 9 ans : médiocres, SYNDROME SECONDAIRE TRÈS CARACTÉRISÉ. — *Ecarts de régime et fatigue.*

D..., 29 ans, conducteur d'omnibus, entre en juin 1898 dans le service du Dr Tuffier.

Les premiers troubles dyspeptiques remontent à 1886. Le malade, qui déjà auparavant éprouvait des douleurs gastriques à la suite de repas trop copieux, voit ces douleurs devenir plus intenses ; elles se montrent une demi-heure après les repas, et persistent avec des paroxysmes jusqu'en 1893.

En 1893 les douleurs sont très vives, elles sont plus fréquentes, apparaissant toujours par crises.

En juillet 1897 le malade a des selles noires, *melæna* pendant 3 à 4 jours. Il maigrit ne pouvant s'alimenter, et en juin 1898 il se décide à se faire opérer.

Examen avant l'opération (Dr TUFFIER). — Malade amaigri, accusant une perte de poids de 25 livres depuis 5 ans.

Localement : l'épigastre est ballonné légèrement, la palpation y provoque de la douleur avec défense de la paroi.

OPÉRATION, 7 juin 1898 (Dr TUFFIER). — On constate au pylore une induration, large de 1 cm. 1/2, presque annulaire, occupant les faces antérieure, supérieure et postérieure du pylore, dont la lumière est considérablement rétrécie. *Gastro-entérostomie postérieure régulière.*

Suites immédiates : bonnes, malgré une certaine réaction douloureuse, au niveau de l'estomac, réaction persistant huit jours.

Suites éloignées : 9 ans. — Le malade accuse d'une façon générale une amélioration considérable par rapport à l'état antérieur. Mais il ne continue pas moins à éprouver des troubles parfois intenses.

Pendant les 6 premiers mois les douleurs tardives après les repas persistent, de même pour la constipation ; seuls les vomissements alimentaires ont disparu : le malade doit rentrer chez le Dr Mathieu qui lui fait des lavages d'estomac.

Il est amélioré pendant 6 mois. Cette amélioration persiste. Cependant par périodes reparaissent les douleurs au creux épigastrique s'irradiant dans le

dos, sans présenter toutefois le caractère *transfixiant*. Elles sont tardives après les repas, ne survenant même qu'immédiatement avant le repas suivant, et parfois le matin à jeun. Elles ne s'accompagnent ni de régurgitations ni de vomissements; mais la constipation presque disparue en dehors des crises, se montre à nouveau en même temps que les douleurs.

La cause de ces crises semble être la fatigue, et aussi les excès que continue à faire le malade et qu'il avoue avec quelque difficulté. Il a d'ailleurs remarqué que le régime de la viande et des œufs crus qu'il a suivi pendant 8 ans le constipe. Il prend maintenant des purées de légumes, des potages épais et il se trouve amélioré. Il y joint de plus des apéritifs, du vin et quelques petits verres, dont l'action est « déplorable », dit-il lui-même.

En septembre 1905 : lors d'une crise plus intense il entra en traitement dans le service de M. Lion à la Pitié.

Mai 1907 : EXAMEN. — Etat général excellent : poids actuel : 62 kilos, avec un gain de 17 kilos sur le poids lors de l'opération. Cependant il lui manque encore quelques kilogrammes pour atteindre son poids de bonne santé.

Localement : l'estomac, trouvé petit par le Dr Lion, ne descend pas au-dessous de 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

CHIMISME : 27 mai 1907.

1 heure après repas d'épreuve : 70 centimètres cubes de liquide dont l'analyse est la suivante : A : 259. H : 22. C : 226. H + C : 248. T : 423. T : 175.

A jeun : 27 mai 1907.

10 centimètres cubes de liquide chlorhydrique sans bile, ni débris alimentaires.

Capacité digestive : limitée. Le malade reconnaît l'utilité du régime pour lui, bien qu'il se permette quelques excès.

Capacité professionnelle : 14 heures par jour de travail comme cocher d'ambulance. Il se fatigue et attribue à la fatigue une partie de ses troubles dyspeptiques.

OBS. 9. — *Ulcère d'estomac. — Sténose pylorique ? — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 9 ans, marquées par le SYNDROME SECONDAIRE au complet, en relation évidente avec les excès éthyliques du malade.

M. Pierre Le B., boulanger, entre le 1^{er} août 1898 à l'hôpital Bichat.

Début il y a 8 ans, en 1886. Sans autre cause qu'un éthylisme avéré, le malade ressent une *douleur tardive* avec maximum à l'épigastre, s'irradiant dans le dos. Cette douleur s'accompagnait de *vomissements* réguliers et soulageant le malade, vomissements qu'il provoque souvent.

Pendant 6 ans se montrent des crises douloureusees séparées par de longs intervalles d'accalmie.

Mais il y a 2 ans s'installe un état dyspeptique plus tenace. Le malade se

met au régime lacté qui l'améliore et est repris de douleurs d'estomac à la moindre tentative d'alimentation commune.

Il est soigné à Bichat et à Tenon et très amélioré, mais demande à être opéré et entre à Bichat.

A son entrée, le malade très soulagé par les lavages, est repris par les douleurs et vomissements dès qu'il abandonne ce traitement.

A la palpation on décèle une douleur xyphoïdienne. L'estomac clapote à jeun et atteint l'ombilic. Stase et constipation.

OPÉRATION, 11 août 1898 (M. HARTMANN). — Gastro-entérostomie postérieure. Il existe quelques adhérences entre l'épiploon, la paroi abdominale et la région du pylore.

Suites immédiates : excellentes; cependant il persiste un peu de tiraillement quand le malade a trop mangé.

Suites éloignées. — Pendant 3 ans il mange de tout et n'a pas une seule crampe, pas un seul vomissement. Il a bon appétit et son poids augmente beaucoup.

Depuis 1901 il boit beaucoup et depuis ce temps est moins bien, de plus il est misérable. De temps à autre il ressent des crampes épigastriques, s'irradiant dans le dos, douleurs tardives; les vomissements sont exceptionnels et alors provoqués, alimentaires mais surtout aqueux. Ces crises sont nettement provoquées par l'alcool; elles sont d'ailleurs beaucoup plus rares que jadis.

Janvier 1907. — Le malade vient à Lariboisière, il est en crise; il ressent depuis quinze jours des douleurs au creux épigastrique, s'irradiant jusqu'entre les épaules, ce sont des brûlures qui le font se courber en deux, les mains sur l'épigastre, comprimant le point douloureux. Ces douleurs se montrent 4 heures après le repas et sont calmées par la prise d'un peu de pain, ou de quelques gouttes de lait. En même temps il a des régurgitations aqueuses. Il essaie de se faire vomir, il n'y parvient pas. Enfin il est constipé.

Examiné alors il pèse 68 kilos, ayant perdu près de 4 kilos depuis quelques semaines. Il est d'ailleurs misérable.

Le CHIMISME pratiqué à ce moment (3 février) donne les résultats suivants :

A jeun : 50 centimètres cubes de liquide achlorhydrique, renfermant des débris alimentaires.

1 heure après le repas d'épreuve, la sonde ramène 250 centimètres cubes de liquide dont l'étude donne les chiffres suivants : A : 56. H : 0. C : 68. T : 240. F : 190.

Quelques jours après il rentre à l'hôpital Tenon. Mis au régime et au repos il gagne bientôt 2 kilos, un nouvel examen chimique est pratiqué. En voici les résultats : 115 centimètres cubes de liquide : A : 26. H : 0. C : 22. T : 299. F : 277.

(Les analyses du sang et des urines ont été rapportées dans le texte.) Le chimisme gastrique, le sang, les urines ont marqué, par une amélioration

très nette (V. le résultat des analyses), la disparition des troubles dyspeptiques à la suite du traitement diététique.

Capacité digestive : bonne, en dépit des excès alcooliques du malade.

Capacité de travail : bonne, le malade fait le dur métier de terrassier.

OBS. 10. — *Ulcus pylorique et gastrite éthylique. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr SOULIGOUX). — *Suites médicales*, 8 ans : *bonnes, mais non parfaites* : SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie en rapport avec un régime défectueux.

Lar. . . , 54 ans, limonadier, entre en mars 1899 à Lariboisière dans le service du Dr Souligoux.

Les premiers troubles dyspeptiques datent d'il y a 13 ans, ils surviennent à la suite d'excès éthyliques considérables et consistent tout d'abord en pesanteur à l'épigastre après les repas, inappétence.

Vers 1888 surviennent des douleurs au creux épigastrique s'irradiant dans le dos, douleurs en broche, très vives, forçant le malade à se courber en deux, à se rouler à terre, et se montrant 2 heures après le repas. Elles s'accompagnent de régurgitations aqueuses et de constipation. Elles se calment, pour revenir par périodes.

En 1898, les vomissements alimentaires font leur apparition ; d'abord espacés, ils se montrent ensuite après chaque tentative alimentaire ; ils calment la douleur. Le malade ne pouvant garder aucun aliment, demande à être opéré. Il a perdu 15 kilos en quelques mois.

OPÉRATION, 13 mars 1899 (Dr SOULIGOUX). — Ulcus pylorique. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes. En 3 semaines, le malade a gagné 10 kilos.

Suites éloignées : de mars 1899 à mars 1907. — Pendant cette période de 8 ans, le malade n'accuse aucune grande douleur, aucun vomissement, la constipation a cessé ; il se regarde comme parfaitement guéri, indemne de tout trouble dyspeptique, et cela malgré un régime franchement mauvais comprenant du vin, des apéritifs, de l'alcool. Or, si on l'interroge soigneusement, il avoue que souvent, 2 à 3 heures après ses repas, il ressent une pesanteur, une gêne douloureuse au creux épigastrique, avec renvois d'eau acide. Ces troubles sont causés par des excès d'alcool, ils le ramènent « dans le droit chemin », dit-il. Le lait les calme d'ailleurs admirablement.

13 février 1907 : EXAMEN. — Bon aspect, poids actuel : 68 kilos (gain : 11 kilos).

Localement : l'estomac à jeun n'atteint pas l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait il ne le déborde pas. Le foie est hypertrophié, on constate de plus un peu de circulation collatérale au niveau de l'abdomen.

Tubage à jeun : 13 février 1907, la sonde ramène 80 centimètres cubes de liquide muqueux, contenant de la bile ; sans débris alimentaires ; achlorhydrique.

CHIMISME. — 1 heure après le repas d'épreuve la sonde ramène 185 centimètres cubes de liquide avec débris alimentaires mal émulsionnés. A : 85. H : 0. C : 66. T : 387. F : 321.

Capacité digestive : excellente.

Capacité de travail : le matin, le malade qui est concierge s'occupe de sa maison, et le soir il est garçon limonadier dans un music-hall, il travaille jusqu'à 1 heure de la nuit sans trop de fatigue.

OBS. 11. — *Sténose pylorique. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales : 6 ans, marquées par l'apparition des troubles constituant le SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie.*

M. Schm., 33 ans, entre à la Pitié, septembre 1900. Service de M. Terrier, remplacé par le Dr Hartmann. Fièvre typhoïde à 15 ans, depuis cette affection il a eu régulièrement tous les jours, à 11 heures du matin et à 4 heures du soir, des vomissements d'un liquide filant, incolore, survenant sans effort. Il digérait cependant bien et ne rendait pas d'aliments. Aucune douleur. Ce n'est qu'à l'âge de 30 ans, c'est-à-dire il y a 3 ans, que le malade commence à vomir ses aliments. Ces vomissements survenaient sans effort et toujours 2 ou 3 heures après les repas. En même temps apparaît une douleur tardive, 11 heures du matin et 4 heures du soir, perforante à l'épigastre avec irradiation le long du rebord costal droit. De plus, chaque ingestion d'aliments s'accompagne de ballonnement du ventre et d'une sensation de pesanteur considérable. Il entre alors à l'hôpital Tenon où il reste 15 jours. Pendant ce temps il rendait de l'eau à l'acmé de la crise douloureuse, de l'eau claire, acide, agaçant les dents, qui remontait en une gorgée qu'il crachait ; il en rendait beaucoup, parfois 2 litres après un repas. Il avait également des vomissements alimentaires. Malgré son séjour à l'hôpital son état ne s'améliore pas et trois semaines après sa sortie, il vomit du sang rouge vif mêlé d'aliments. Ces vomissements de sang se sont répétés 2 ou 3 fois avec un intervalle de plusieurs jours entre chacun d'eux ; ils étaient peu abondants et s'accompagnaient de *melæna*.

Il y a 18 mois le malade commence à s'apercevoir que les vomissements contiennent des aliments ingérés depuis 1 ou 2 jours. Sa situation empirant toujours, le malade entre, au mois d'avril dernier, à l'hôpital Andral, dans le service du Dr Mathieu où l'on porte le diagnostic d'ulcère avec sténose pylorique. Il y reste 6 semaines.

Son état s'améliore sensiblement, mais depuis le mois de juin dernier il redevient mauvais ; les forces diminuent, l'amaigrissement apparaît et progresse, le malade estime à 10 kilos au moins sa diminution de poids. Il pèse 49 kilos.

L'appétit est cependant conservé ; mais aussitôt qu'il mange une douleur épigastrique survient très vive qui ne disparaît qu'avec le vomissement qui

se produit tantôt immédiatement, tantôt une heure après les repas. La douleur est calmée par le bi-carbonate de soude.

Le vendredi 20 septembre, nouvelle hématomèse peu abondante suivie de méléna. Il était très constipé et n'allait à la selle que tous les 8 jours.

Examen physique. — A l'inspection, on note un amaigrissement notable.

La palpation détermine une douleur au creux épigastrique. La sonorité stomacale avant la distension remonte à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et après distension par le mélange effervescent à 2 travers de doigt seulement. Après 15 heures de jeûne la sonde ramène 35 grammes de liquide trouble. On pratique ensuite le lavage et il faut le continuer longtemps pour que l'eau du lavage ressorte claire.

OPÉRATION, 27 septembre 1900 (M. HARTMANN). — L'estomac attiré paraît sain, excepté la région avoisinant le pylore, région sur laquelle, on note la présence de plaques grisâtres d'apparence cicatricielle. Au palper pas de tumeur nette, mais épaississement manifeste et diffus de la paroi au niveau de cette région. Gastro-entérostomie postérieure.

Suites immédiates : très simples ; aucune élévation thermique. Il n'y eu qu'un vomissement le lendemain de l'opération. Le malade quitte l'hôpital le 21 octobre.

Suites éloignées, juin 1902. — Va tout à fait bien, a repris son travail. Pèse 60 kilos, n'a ni vomissements, ni douleurs, surveille son régime et ne boit que du lait.

Revu le 10 février 1907. — Les douleurs sont très atténuées.

De temps en temps, le malade ressent, pendant quelques jours, une brûlure à l'épigastre et dans les deux hypochondres, pas très vive et ne s'irradie pas. Cette brûlure est tardive. Pas de vomissements ni de régurgitations. Parfois dans des conditions spéciales il a un vomissement alimentaire. Environ 3 crises par an, provoquées par un excès de travail. Pas d'hématémèse, ni de méléna.

Examen. — On retire à jeun 30 centimètres cubes de liquide bilieux, sans débris alimentaires. Poids : 51 kilos.

CHIMISME : 10 février 1907. — A : 193. H : 73. C : 117. H + C : 190. T : 365. F : 175.

Tubage à jeun : 10 février 1907. — 50 centimètres cubes de liquide chlorhydrique avec pigments biliaires.

Capacité digestive : excellente, le malade prend n'importe quelle nourriture. Pas d'alcool.

Capacité de travail : il peut travailler 18 heures par jour étant cordonnier ; ne se repose que quelques heures le dimanche. Avant son opération, son travail était des plus irréguliers, étant forcé de s'arrêter à cause de ses souffrances.

OBS. 12. — *Ulcère de l'estomac. — Syndrome pylorique. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales : 6 ans : SYNDROME SECONDAIRE persiste plus ou moins marqué.*

M. J..., garçon de recettes, 37 ans. Entre le 10 août 1900, service de M. Terrier à la Pitié. Troubles gastriques durant depuis 5 ans. Le malade qui jusque-là allait bien, quoique éthylique, présente, à partir de ce moment, des *vomissements bilieux* le matin à jeun, puis bientôt apparaissent les douleurs. Le malade prend vers 8 heures du matin un verre de lait. Vers 11 heures il commence à éprouver des tiraillements épigastriques, déjeune d'assez bon appétit, la douleur cesse avec le repas. Vers 5 heures il ressent de nouveau des tiraillements et des douleurs vives sous forme de cuisson. Ces phénomènes cessent après ingestion d'un verre de lait et reviennent une heure après pour ne cesser qu'après le repas du soir. Presque toujours, ces cuissons s'accompagnent de vomissements alimentaires très acides, souvent de diarrhée.

De temps à autre le malade bénéficie de périodes d'accalmie durant une quinzaine de jours pendant lesquels il n'éprouve ni douleurs, ni vomissements.

Il y a deux ans le malade commença à ressentir la nuit, vers minuit ou 1 heure du matin, des douleurs au creux de l'estomac avec point vertébral et irradiations abdominales. Ces douleurs duraient d'une demi-heure à une heure et étaient suivies de *vomissements alimentaires acides* après lesquels elles cessaient. Quelquefois douleurs sans vomissements. Les crises se produisaient plusieurs jours de suite, puis laissaient entre leur réapparition un intervalle de plusieurs jours.

Depuis 3 ou 4 mois, ces *douleurs* qui se présentent presque toujours aux mêmes heures : 11 heures du matin, 5 heures du soir et minuit, sont plus intenses, moins localisées, toujours suivies de *vomissements* ou de *régurgitations acides*. Depuis un an environ dans ces matières vomies se trouvent des aliments pris au moins 24 heures auparavant.

Le 7 août, à 4 heures, du soir *hématémèse abondante* : le malade vomit d'abord du *sang noir*, puis du *sang rouge*. Cette hématémèse avait été accompagnée d'une *violente douleur*. Le même jour à minuit nouvelle *hématémèse*. Le 9 août au matin, *vomissement de sang noir* peu abondant.

Le malade a beaucoup maigri depuis 9 ans, l'amaigrissement a été très rapide ces jours derniers. Le teint est jaunâtre. Le malade se plaint d'une soif vive.

OPÉRATION, 24 août 1900 (M. HARTMANN). — Après incision de la paroi, l'on constate que l'estomac présente sur sa face antérieure, au voisinage de la région pylorique, une coloration rosée. On trouve quelques ganglions, mais le long de la grande courbure. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : très simples. Le malade sort de l'hôpital le 28 sep-

tembre. Il mangeait des viandes rôties, des œufs, buvait du lait. Il avait parfois une sensation de brûlure au creux épigastrique, après les repas il avait encore parfois des nausées et quelques *éructations*, des sensations de pesanteur, mais jamais de *vomissements*, Il n'avait pas encore repris complètement ses forces. Il pesait 118 kilos.

Suites éloignées : mars 1902. — Dès sa sortie de l'hôpital l'appétit revient, il supprime son régime et mange comme avant le début de sa maladie. De temps à autre, le malade éprouve des *pesanteurs* d'estomac avec très rarement le soir quelques éructations ; dans ces cas là il se fait des lavages d'estomac qui ramènent 7 heures après les repas très peu de particules alimentaires. Il a très bon appétit, pas de diarrhée. Les forces sont en partie revenues, bien que le malade ne se sente pas aussi vigoureux qu'autrefois.

4 janvier 1907. — Sans cause aucune, peut-être sous l'influence d'une grippe légère, le malade ressent des douleurs dans le bas-ventre, très vives. Pas de vomissements.

Deux semaines après, le malade ressent après un repas du gonflement, de la pesanteur épigastrique, il a des renvois de goût mauvais, et une crise de diarrhée fétide. Il s'est mis au lait pendant 8 jours, étant fatigué et maigrissant beaucoup. Depuis lors il suit le régime des purées, prend du repos et fait un lavage chaque matin. Son état s'améliore. Il a une selle par jour. Pas de douleurs d'estomac, l'appétit est revenu.

EXAMEN : 4 janvier 1907. — Pas de points douloureux ; l'estomac reste à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Malade d'aspect fatigué ; poids : 63 kil. 500.

Revu le 6 février à Tenon, il a toujours l'aspect fatigué.

CHIMISME : 3 février 1907. — A : 155. H : 58. C : 131. H + C 189. T : 408. F : 219.

A jeun : 85 centimètres cubes de liquide verdâtre contenant des débris alimentaires microscopiques.

OBS. 13. — *Sténose pylorique par ulcère cicatrisé*. — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 6 ans : SYNDROME SECONDaire très caractérisé, en rapport avec régime défectueux et la fatigue.

M. S..., 43 ans, inspecteur d'assurance, entre en juin 1901 à Lariboisière, chez M. Hartmann.

Début en 1894, par des douleurs atténuées, au creux épigastrique ; les vomissements provoqués les calment.

Souffrant par crises de 2 à 3 jours, espacées par une ou deux semaines, le malade reste ainsi 6 ans, suivant un régime.

En juin 1900, la douleur devient tardive, très violente, sans caractère perforant, elle s'accompagne de vomissements alimentaires, sans hématomèse. Stase alimentaire : le malade a remarqué des aliments pris jusqu'à 4 jours

auparavant. Pas de melœna. Il maigrit beaucoup et ayant été consulté M. Soupault, il entre sur son conseil chez M. Hartmann.

A son entrée son estomac reste au-dessus de l'ombilic, et clapote à jeun.

OPÉRATION, 27 juin 1901 (M. HARTMANN). — Gastro-entérostomie postérieure. Au niveau du pylore, se prolongeant sur l'estomac, une surface grisâtre, d'apparence cicatricielle, donnant au palper une sensation d'induration.

Suites immédiates : excellentes. Au 12^e jour le malade mange de la viande. Sort le 22^e jour.

Suites éloignées : depuis janvier 1902. — Pendant des périodes de 10 à 12 jours, à l'occasion surtout d'une nourriture d'hôtel, d'une fatigue ou d'une cause morale, le malade est repris de *douleurs* assez violentes, comme une torsion, siégeant à gauche de l'ombilic, ne s'irradiant pas, douleur *tardive* ; pour se soulager, il se provoque des *vomissements*, qui sont aqueux, acides, avec des débris alimentaires des repas précédents, mais pas d'aliments anciens comme jadis. Pas d'hématémèse ni de melœna. Il reste constipé.

Il y a 3 mois, crise plus intense, sans cause appréciable. Douleur au même siège, ne s'irradiant pas, à crier, à se rouler, douleur *tardive*. Le vomissement provoqué ne le soulage pas, le lavage non plus ; il a fallu une piqure de morphine. Cette crise a duré 3 ou 4 jours.

Capacité digestive : moyenne ; mange de tout, et prend même des sauces, ce que jadis il ne pouvait faire, mais souffre au moindre écart alimentaire.

Capacité de travail : travaille aujourd'hui facilement, fait souvent 20 kilomètres à pied dans sa journée. Cependant la grande fatigue retentit sur son estomac au point douloureux.

EXAMEN, le 3 février 1907. — Poids : 74 kilos. L'estomac reste au-dessus de l'ombilic. Il existe un point douloureux léger provoqué à la pression au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Exploration gastrique : une heure après le repas d'épreuve.

CHIMISME : juin 1901. — *Avant l'opération* : A : 26. H + C : 318. T : 462. F : 144.

Décembre 1901. — *Après l'opération* : A : 87. H + C : 98. T : 208. F : 110.

Février 1907. — 6 ans après l'opération : A : 180. H : 66. C : 138. T : 416. F : 212.

A jeun, avant l'opération : abondant liquide de stase.

Depuis l'opération : 80 centimètres de liquide chlorhydrique, mais sans débris alimentaires.

OBS. 14. — *Sténose du pylore par ulcère*. — Gastro-entérostomie (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 5 ans 1/2, relativement bonnes : SYNDROME SECONDAIRE *provoqué par un régime défectueux*.

M. B..., 27 ans, tourneur sur cuivre, entre en décembre 1901 à Lariboisière chez M. Hartmann.

Dès l'âge de 15 ans, digestions pénibles. Puis les douleurs apparaissent à l'épigastre. Elles deviennent tardives vers l'âge de 17 ans, et s'accompagnent de vomissements alimentaires qui les calment.

En 1895 les douleurs deviennent plus violentes et les vomissements de plus en plus fréquents. Le malade est obligé de se mettre au lait.

En 1899 le malade se fait des lavages d'estomac.

A son entrée les vomissements surviennent journellement, au minimum 2 fois par jour. Les douleurs à l'épigastre s'irradient dans le flanc gauche, elles sont continuelles. Maux de tête fréquents. Pas de constipation. Il s'est affaibli et est devenu nerveux. Son poids est de 57 kilos.

L'estomac descend à l'ombilic ; stase. Le malade retrouve dans ses vomissements des aliments *ingérés la veille*.

OPÉRATION, 10 décembre 1901 (M. HARTMANN). — Gastro-entérostomie postérieure. Ulcus pylorique provoquant sténose.

Suites immédiates : excellentes. Les premiers jours reprend l'alimentation ordinaire. Sort le 26^e jour.

Suites éloignées : 1 an. — Depuis l'opération, il a eu quelques douleurs, la première année, deux fois sans cause connue. C'était un point douloureux dans l'hypochondre gauche sans irradiations ni vomissements.

Depuis 3 ou 4 ans il est très bien, sauf quelques douleurs tardives après les repas calmées par les premières bouchées du repas suivant. Il a des fringales presque chaque jour. Mange peu, mais souvent, et à cette condition ne souffre pas. De temps à autre cependant ces troubles s'exagèrent, la douleur devient plus vive, elle s'accompagne de régurgitations acides. Ces crises sont en relation évidente avec l'alimentation.

10 février 1907 : EXAMEN. — Bon état général. Poids : 68 kil. 500 avec un gain de 11 kil. 500.

L'estomac clapote jusqu'à l'ombilic après un verre de lait.

Capacité digestive : assez bonne, mange de tout, sans aucun régime ; mais éprouve des douleurs.

Capacité de travail : tourneur en cuivre ; il travaille 10 heures par jour, sans arrêt, alors qu'avant son opération il devait se reposer une huitaine de jours par mois.

Exploration gastrique à jeun, avant l'opération : quantité considérable de liquide (250 c. c.) avec stase.

5 ans après l'opération (février 1907) : 150 centimètres cubes de liquide contenant quelques débris alimentaires.

CHIMISME (après repas d'épreuve) :

	A	H	C	H + C	T	F
Avant opération.	»	45	»	»	492	»
5 ans après.	92	0	172	172	418	246

OBS. 15. — *Sténose du pylore. — Ulcus en évolution avec légère périgastrite. — Gastro-entérostomie postérieure (par le Dr HARTMANN). — Suites médicales : (5 ans) excellentes, mais avec régime spécial.*

Mme L..., 49 ans. Entrée dans le service de M. le Dr Hartmann en juin 1902.

Le début des troubles dyspeptiques remonte à la jeunesse : depuis l'âge de 10 ans jusqu'à 30 ans la malade se plaint de crampes d'estomac survenant après les repas, s'accompagnant parfois de vomissements alimentaires qui les calment. En même temps constipation énergique. Soignée à maintes reprises, elle prend beaucoup de cachets, poudres... Elle est en même temps très nerveuse, irritable, elle accuse deux crises de nerfs véritables : les douleurs gastriques sont nettement influencées par des causes morales. ennuis, colères...

Vers 40 ans : après quelques années d'amélioration les troubles dyspeptiques reprennent plus intenses : ce sont des douleurs perforantes, se montrant parfois à jeun, mais surtout de 2 à 4 heures après les repas ; des vomissements : d'eau, le matin à jeun ; d'aliments dans la journée. Elle y reconnaît à plusieurs reprises des aliments anciens de 3 jours parfois (haricots...). La constipation est opiniâtre, les selles contiennent habituellement des glaires et des peaux. Ces phénomènes se montrent par crises, d'abord espacées, mais qui se rapprochent.

En juin 1902 : première hématomèse, noire, et méléna à plusieurs reprises. Dix jours après deux nouvelles hématomèses. Elle se décide à se faire opérer.

Juin 1902 : EXAMEN à l'entrée (Dr HARTMANN). — Malade amaigrie, ne prenant plus que du lait depuis plusieurs mois. A l'examen local l'on constate à l'épigastre une cicatrice de brûlure (cataplasme trop chaud !). La palpation profonde montre une zone douloureuse assez nettement limitée à gauche et à droite de l'ombilic. L'estomac après insufflation atteint à gauche de l'ombilic la ligne bi-iliaque.

Les jours suivants on constate du méléna, puis une hématomèse abondante.

OPÉRATION, 27 juin 1902 (M. HARTMANN). — Région pylorique nettement indurée, adhérente aux parties voisines ; l'infiltration a envahi l'épiploon gastro-hépatique. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes ; aucun incident.

Suites éloignées : 1902 à 1907. — Excellentes. Jamais de douleur, pas un seul trouble dyspeptique. La constipation persiste quelque temps après l'opération puis cesse définitivement. La malade d'ailleurs a été suivie médicalement : pendant un an elle est restée exclusivement au lait, potage épais, bouillies. Puis peu à peu elle a repris une alimentation plus variée dans laquelle entrent le poisson, les légumes, et très peu de viande. Depuis 3 mois seulement elle s'est mise à prendre un peu de vin. Lors d'un essai antérieur elle avait ressenti quelques douleurs.

24 février 1907 : EXAMEN : *Fonctionnel* : aucune douleur. Aucun trouble. *Général* : excellent aspect. Pas d'anémie : on ne constate plus les souffles vasculaires, signalés auparavant. — Poids : 65 kil. 500 au lieu de 45 kilos au moment de l'opération (gain : 20 kil. 500).

Local : à jeun, la percussion montre l'estomac débordant encore l'ombilic, de deux travers de doigt. L'insufflation est impossible, la malade ne pouvant prendre la sonde qu'avec la plus grande difficulté. A jeun, on retire 40 centimètres cubes de liquide ne contenant pas de débris alimentaires, la réaction de Gunsbourg y est négative. Une heure après l'administration du repas d'épreuve on ne retire qu'une quantité de liquide trop minime pour en pratiquer l'examen. Ce liquide est d'ailleurs très faiblement acide : A : 53.

Capacité digestive : bonne, mais la malade garde un régime sévère.

Capacité de travail : également bonne ; la malade tient un magasin et s'occupe sans fatigue de son commerce.

OBS. 16. — *Sténose par ulcère formant tumeur. — Périgastrite. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr GOSSET). — *Suites médicales* : 4 ans et 8 mois, *médiocres* : SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie très caractérisé, en rapport avec régime défectueux.

Ernest D..., 48 ans, employé de chemin de fer, entre le 13 août 1902 dans le service de M. Terrier.

Les premiers troubles remontent à 1883. A cette époque, arrivé depuis peu à Paris et fatigué par un service pénible il ressent des douleurs au creux épigastrique, s'irradiant en broche dans le dos. Très vives elles le font se rouler à terre, se courber en deux. Elles se montrent 3 à 4 heures après le repas, et sont calmées par lui ou par seulement un peu de lait. En même temps à l'acmé de la douleur il a des régurgitations d'eau acide et souvent il provoque lui-même un vomissement alimentaire, qui le calme complètement. Il est très constipé.

Ces phénomènes se montrent par périodes séparées par des accalmies de durée variable ; son appétit est excellent.

De 1883 à 1902. — Pendant 19 ans il voit ces troubles persister et même peu à peu les crises deviennent plus fréquentes, plus longues, et plus intenses, malgré des traitements nombreux et variés.

En juin 1901. — Hématémèse. Son état s'aggrave, il ne peut plus manger et doit garder le lit. Il perd en quelques semaines 7 kil. 500 ; il se décide à se faire opérer.

Examen avant l'opération (Pr GOSSET). — Malade amaigri et anémique. Localement : la palpation est douloureuse dans toute la région épigastrique avec maximum au point pylorique.

OPÉRATION, 9 août 1902 (Pr GOSSET). — On trouve au niveau du pylore, s'étendant un peu sur la petite courbure une tumeur du volume du poing.

Elle est très adhérente en arrière à la face inférieure du foie. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : médiocres. Aucun vomissement aqueux ni alimentaire ; mais la moindre tentative d'alimentation provoque des douleurs très vives, si bien qu'il quitte l'hôpital n'ayant encore pris que du lait. Il reste alors un mois au repos chez lui, et au lait joint des potages et un peu de viande : il continue à souffrir, d'une façon cependant moins vive.

En novembre 1902, il reprend son travail, allant mieux à la condition de ne pas quitter le régime des bouillies, potages et du lait.

Pendant 3 ans : 1903, 1904, 1905, il continue à souffrir par périodes d'une durée de 10 à 15 jours survenant 4 à 5 fois par an. Pendant ces périodes il ressent des douleurs à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, sans irradiation. Très vives elles sont comparables à des brûlures, des déchirures et forcent le malade à se courber en deux, ou même à se coucher. Elles se montrent 4, 5, 6 heures après le repas. Elles s'accompagnent de régurgitations d'eau amère qui calment la douleur pour quelques instants. Le malade essaie maintes fois de se faire vomir, il ne rend jamais d'aliments. La constipation qui n'a jamais cessé est alors plus opiniâtre. Enfin à ce moment le malade remarque que ses urines sont plus rares.

La cause de ces crises est toujours un écart de régime, et aussi un excès de fatigue.

En novembre et décembre 1906, à la suite du régime commun les douleurs sont plus intenses, elles deviennent alors perforantes, et le malade a de temps à autre des vomissements alimentaires.

Mars 1907 : EXAMEN. — Le malade est de nouveau en crise. Il est fatigué, il pèse 60 kilos et croit avoir perdu depuis 6 mois (crises très douloureuses) près de 15 kilos.

Localement : on ne constate pas de points douloureux. A jeun l'estomac semble descendre seulement à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Après l'absorption de 200 centimètres cubes de lait il clapote à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. Après insufflation moyenne la grande courbure arrive à un travers de doigt et demi au-dessous de l'ombilic. Insufflation maxima : 12 poires.

CHIMISME ET TUBAGE A JEUN. — *Examen récent* : 4 ans 8 mois après l'opération :

	A	H	C	T	F
Repas d'épreuve : prise à 60' . . .	179	44	124	380	212
90' . . .	137	66	44	394	284
120' . . .	144	66	59	431	306
150' . . .	96	5	64	390	321

A jeun, quelques centimètres cubes de liquide sans débris alimentaires, sans acide chlorhydrique libre (Epreuve des raisins : négative).

Capacité digestive : régime commun désormais, mais provoque nettement les crises douloureuses.

Capacité professionnelle : bonne. Cependant influence certaine du travail (service de nuit) sur les troubles digestifs.

OBS. 17. — *Ulcère en évolution et sténose pylorique. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales mauvaises. — SYNDROME SECONDAIRE. — Amélioration par le régime.*

T..., 49 ans, employé de chemin de fer, entre le 14 novembre 1902 dans le service du Dr Hartmann à Lariboisière.

Les premiers troubles remontent à 1884. A cette époque sans autre cause qu'un régime alimentaire mauvais, et de grandes fatigues (service de nuit) il est pris pour la première fois de *douleurs* au creux épigastrique, s'irradiant en ceinture, sans gagner le dos. Très vives, elles forcent le malade à se courber en deux, l'épigastre appuyé à une barre rigide, se montrant au plus tôt deux heures après le repas, pour persister jusqu'au repas suivant. Elles sont calmées par l'ingestion d'un peu de lait et surtout par les *régurgitations* que le malade provoque lui-même : régurgitation d'eau brûlant ainsi que du vinaigre. Jamais de vomissements alimentaires.

En même temps la *constipation* apparaît, elle est énergique et cède difficilement aux laxatifs variés.

Ces phénomènes persistent 6 semaines ; puis disparaissent.

L'année suivante : seconde crise semblable à la première et chaque année de 1884 à 1891 le malade a ainsi une *crise* en dehors de laquelle il ne ressent rien d'anormal.

En 1894, sous influence d'un traumatisme violent (accident de chemin de fer), les crises deviennent plus longues (3 mois), plus fréquentes, plus intenses. Le malade même lors des accalmies continue à souffrir tardivement après ses repas.

En 1900, au cours d'une crise encore plus aiguë, apparition de vomissements d'aliments anciens (8 jours) et d'*hématémèses* : en deux jours le malade vomit par cinq fois du sang d'abord noir, puis rouge en quantité considérable, *melæna* les jours suivants. Amélioration qui dure 1 an 1/2.

En 1902, reprise des douleurs, et *nouvelle hématémèse* qui se répète trois fois. Le malade entre à Lariboisière le 14 novembre 1902.

Examen à l'entrée (Dr HARTMANN). — Malade très anémié et amaigri. Estomac déborde l'ombilic de deux travers de doigt. Le 17 novembre on constate du *melæna*.

OPÉRATION, 26 novembre 1902 (M. HARTMANN). — On constate près du pylore une *cicatrice* d'ulcus très nette. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique régulière.

Suites immédiates : excellentes. Pendant cinq mois : aucun trouble. Le malade peut reprendre son travail et la nourriture ordinaire en évitant les crudités, le vin et l'alcool.

Avril 1903. — Sans cause apparente : reprise des anciens accidents : *dou-*

leurs ; cette fois en broche, se montrant 1 h. 1/2 après le repas. *Régurgitations* aqueuses, acides, spontanées, mais surtout provoquées par le malade. *Constipation* opiniâtre. Cette crise dure 15 jours, se calme par le repos et par un traitement indiqué par le Dr Soupault.

De fin 1903 à fin 1906. — Ces mêmes crises se montrent de temps à autre, trois fois par an en moyenne, et surtout l'hiver : elles sont marquées surtout par la douleur tardive, qui garde le caractère transfixiant, et par la constipation, les régurgitations étant exceptionnelles. Les causes en sont peu nettes ; la malade incrimine : l'alimentation, la fatigue et le froid. Il prend du bicarbonate de soude : de 6 à 10 grammes par jour lorsqu'il souffre.

10 février 1907 : EXAMEN. — *Troubles fonctionnels* : Le malade en crise depuis 15 jours accuse des douleurs perforantes, 2 h. 1/2 après le repas. Pas de régurgitation ni de vomissements. Mais constipation opiniâtre.

Troubles généraux : Aspect et facies : fatigué ; poids : 69 k. 75 (au lieu de 66 lors de l'opération). Anémie.

Examen local : pas de point douloureux net, mais défense de la paroi. Dimensions gastriques : à jeun (percussion) : grande courbure à un demi-travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Après 200 grammes de lait : l'estomac clapote jusqu'à un travers de doigt et demi au-dessous de l'ombilic. Après insufflation : 6 poires : mêmes dimensions. Insufflation maxima ; 8 poires.

Mis au repos. Régime des féculents.

11 avril 1907. — *Nouvel examen.*

Etat fonctionnel : excellent : plus de douleurs, plus de constipation.

Etat général : aspect excellent. Poids : 71 kil. 200.

Etat local : à jeun, grande courbure ne dépasse pas l'ombilic. Après 200 grammes de lait : clapote seulement à l'ombilic. Après l'insufflation, 6 poires : un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; 10 poires : atteint l'ombilic ; 14 poires : déborde l'ombilic de 2 centimètres.

CHIMISME et EXPLORATION A JEUN (postérieur à l'opération). — *A jeun*, 10 février 1907 : 80 centimètres cubes de liquide chlorhydrique, sans débris alimentaires.

13 avril 1907. — 30 centimètres cubes de liquide, réaction de HCl très faible.

CHIMISME. — 10 février 1907 : A : 252. H : 58. C : 190. H + C : 248. T : 416. F : 168.

13 avril 1907 : A : 167. H : 117. C : 131. H + C : 448. T : 438. F : 190.

Capacité digestive : moyenne : il suivait en général le régime commun mais avait gardé le lait comme boisson jusqu'à il y a deux ans. Depuis il prend un peu de vin coupé d'eau, ce qui lui est nuisible, croit-il. Depuis qu'il suit le régime des féculents, éprouve une amélioration considérable.

Capacité de travail : médiocre. A dû prendre un travail de bureau qu'il fait sans trop de peine : 8 heures par jour. Il doit cependant se reposer de temps à autre.

ÖBS. 18. — *Gastro-sucorrhée*. — *Ulcus*. — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 4 ans, excellentes.

L..., 49 ans, imprimeur sur papiers peints, entre en mars 1903 dans le service du Dr Hartmann.

En 1893, premiers troubles dyspeptiques survenus à la suite d'excès éthyliques ; douleurs, brûlures au creux épigastrique, sans irradiation, 4 heures après les repas, calmées par l'ingestion de lait. Ni vomissements, ni constipation. Cette douleur se montre presque chaque jour, avec des paroxysmes et des accalmies mais jamais complètes. Elle s'accompagne de quelques troubles dyspeptiques : ballonnement, poussées congestives à la face, etc., qui suivent immédiatement le repas, tandis que la douleur est tardive. Cette douleur persiste jusqu'en 1896, à l'exception d'une période de 6 mois, pendant laquelle le malade garda le repos, et ne souffrit pas.

En 1896, après un traitement médicamenteux, les douleurs sont plus intenses, elles surviennent même la nuit. En même temps apparaissent des vomissements aqueux : liquide clair, brûlant. De temps à autre, vomissements alimentaires. Ces vomissements se montrent au paroxysme de la crise, très tardivement (6 heures après le repas) et calment la douleur. Pas de constipation. Ces troubles persistent jusqu'en 1899, survenant par périodes, séparées par des accalmies.

En 1899 : les crises deviennent presque continues, jamais d'accalmie complète. Les douleurs prennent nettement le caractère transfixiant. Au cours d'une crise particulièrement intense, le malade remarque des selles noires. *Melæna*.

Il consulte, est mis au régime du lait, œufs, potages : pendant quelque temps amélioration. Puis reprise en 1901 des mêmes accidents.

En 1902, crise intense, le malade cesse tout travail. Il maigrit (5 kilos en quelques mois) et finit par entrer à Lariboisière, le 12 mars 1903.

Examen à l'entrée (Dr HARTMANN). — Le malade en crise douloureuse présente des douleurs perforantes, tardives, des régurgitations et des vomissements alimentaires. Enfin il est constipé. Un lavage de l'estomac ramène une quantité notable de sang rouge.

Maigrissement assez marqué (10 kilos depuis le début). Anémie.

L'estomac après insufflation déborde de deux travers de doigt et demi l'ombilic.

OPÉRATION, 26 mars 1903 (Dr HARTMANN). — Brides fibreuses épaisses enserrant le pylore. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : bonnes. Légère diarrhée pendant deux jours. Présence de bile dans l'estomac constatée à plusieurs reprises.

Suites éloignées : de 1903 à 1907, excellentes ; pas de douleurs vraies, pas de vomissements, pas de constipation ni de diarrhée.

24 février 1907 : EXAMEN. — *Etat fonctionnel* : excellent ; la malade n'accuse aucun trouble digne d'être signalé.

Etat général : bon aspect, pas d'anémie. Poids (V. liste).

Etat local : pas de point douloureux. *Dimensions* de l'estomac, à jeun : grande courbure ne descend pas au-dessous de 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Après insufflation moyenne (6 poires), elle atteint 2 centimètres au-dessus de l'ombilic.

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 227. H + C : 247. T : 440. F : 193.

24 février 1907 : A : 33. H : 0. C : 14. T : 284. F : 270.

A jeun, avant l'opération : 80 centimètres cubes de liquide chlorhydrique, sans débris alimentaires.

Après l'opération (1907) : 45 centimètres cubes de liquide chlorhydrique, non bilieux, sans débris alimentaires.

Courbe des poids, avant l'opération : 59 kilos. Trois semaines après : 63 kilos. Un an après : 68 kilos. Quatre ans après : 67 kilos.

Capacité digestive : excellente, régime commun, mais avec surveillance du malade ; évite alcools, crudités.

Capacité de travail : excellente, 10 heures de travail par jour comme imprimeur.

OBS. 19. — *Ulcus encore en évolution.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 4 ans, excellentes. — *Traitement médical ayant succédé au traitement chirurgical.*

W..., 41 ans, plombier, entre en juin 1903 dans le service du Dr Hartmann.

En 1895, à la suite d'un traitement par la quinine (fièvres intermittentes), et d'excès éthyliques apparaissent d'abord des vomissements aqueux survenant spontanément 2 heures après les repas, d'abord espacés, puis quotidiens. En même temps constipation opiniâtre.

En 1900, aux vomissements et à la constipation se joignent des douleurs : douleurs tardives (2 heures après le repas) au creux épigastrique ; très vives, calmées par le vomissement aqueux. Il s'y joint du ballonnement, de la congestion de la face.

En 1902, cette douleur devient perforante, et en janvier 1903 le malade a une hématemèse suivie de méléna. Le docteur Soupault l'adresse à M. Hartmann.

Examen à l'entrée (Dr HARTMANN). — Malade amaigri, a perdu 16 kilos (72 kil. au lieu de 88). Localement : la pression profonde montre un point douloureux juste au-dessous de l'appendice xyphoïde. Après insufflation l'estomac n'atteint pas l'ombilic.

OPÉRATION, le 19 juin 1903 (Dr HARTMANN). — A gauche du pylore, sur la face antérieure de l'estomac au voisinage de la petite courbure, cicatrice avec induration. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : quelques légers incidents passagers : pas de troubles dyspeptiques.

Suites éloignées : excellentes : le malade n'a plus de douleurs, plus de vo-

missemments. Mais pendant les quatre mois qui ont suivi l'opération il a été soigné par M. Soupault qui l'a gardé à un régime sévère.

10 mars 1907 : EXAMEN. — Etat fonctionnel excellent. Etat général : bon ; mais le malade n'a pas regagné son poids de bonne santé : il pèse 70 kilos au lieu de 88.

Localement à jeun : l'estomac difficile à délimiter. Après insufflation moyenne ou après 200 centimètres cubes de lait, il descend à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Insufflation maxima : 11 poires.

CHIMISME. — A : 72. H : 0. C : 26. T : 324. F : 298. Pas de liquide à jeun.
Capacité digestive : excellente : prend régime commun même avec du vin.
Capacité de travail : excellente : 10 heures par jour.

Obs. 20. — *Sténose du pylore d'origine cicatricielle.* — *Légère péricarite.*
— *Gastro-entérostomie postérieure* (D^r HARTMANN). — *Suites médicales* : 3 ans, 3 mois, bonnes, mais non parfaites. — SYNDROME SECONDAIRE.

M..., 58 ans. Employé. Entre le 28 novembre 1903 dans le service du D^r Hartmann.

Les premiers troubles digestifs, crampes, fringales, datent de la vingtième année ; mais ils ne prirent quelque intensité qu'à l'âge de 36 ans.

A cette époque (1885) il accuse des *douleurs* très vives, au creux épigastrique, survenant 4 heures après le repas de midi. En même temps il est très *constipé* mais n'a pas encore de vomissements. La douleur et la constipation ne se montrent que par périodes d'une durée de 15 à 20 jours et séparées par des accalmies très longues (3 à 4 mois).

Sous l'influence d'un traitement intempestif (eau-de-vie allemande, cachets, éther) ces crises deviennent plus intenses, plus longues et plus rapprochées. Elles s'accompagnent alors de *vomissements* alimentaires qui calment la douleur.

Récemment il a rendu des aliments ingérés plusieurs jours auparavant.

Jamais d'hématémèse ni de méléna.

Examen à l'entrée : 28 novembre 1903 (D^r HARTMANN). — La pression profonde provoque une douleur à droite de la ligne médiane, au voisinage du pylore. Pas de clapotage à jeun bien que la sonde ramène une quantité considérable de liquide avec de nombreux débris alimentaires. Pas d'anémie (globules rouges : 4.250.000 ; globules blancs : 5.000 ; hémoglobine : 0.98).

OPÉRATION, 4 décembre 1903 (M. HARTMANN). — A la face antérieure du pylore on constate une plaque d'apparence cicatricielle, avec un épaississement inflammatoire de la partie voisine de l'épiploon gastro-hépatique. Estomac très irritable (nœuds de contraction aux points saisis). Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : satisfaisantes.

Suites éloignées : de 1902 à 1907. Le malade est très amélioré. Cependant quatre fois par an en moyenne il ressent pendant quelques jours, une *dou-*

leur au creux de l'épigastre, s'irradiant même parfois dans les reins. Douleur légère, à vrai dire, surtout en comparaison avec celles d'avant l'opération. Elle conserve cependant le caractère de douleur tardive survenant 3 heures après le repas.

Parfois elle s'accompagne d'une *réurgitation* légère, d'eau acide et brûlante, mais jamais de vomissements alimentaires. La constipation est définitivement disparue.

10 février 1907 : EXAMEN. — Le malade n'a pas eu de douleurs depuis 2 mois, il a bon aspect. Poids : 70 kilos au lieu de 54 lors de l'opération ; gain : 16 kilos.

A jeun, l'estomac descend à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Insufflation difficile, montre la grande courbure au niveau de l'ombilic.

La sonde à jeun ne ramène pas de liquide bien que l'on puisse percevoir un léger clapotage à l'épigastre. Le liquide retiré une heure après le repas d'épreuve est riche en acide chlorhydrique libre, l'acidité totale est de 198.

Capacité digestive : bonne, mais le malade a définitivement renoncé au vin et à l'alcool. Il garde un régime encore choisi.

Capacité de travail : bonne, mais non parfaite. La fatigue provoque l'apparition des troubles digestifs que nous venons de signaler.

OBS. 21. — *Dyspepsie avec dislocation verticale de l'estomac. — Ulcus probable.*

— *Gastro-entérostomie postérieure (par le Pr TERRIER). — Suites médicales : 3 ans et 3 mois, excellentes, sans régime alimentaire spécial.*

P., 59 ans, jardinier, entre en décembre 1903 à la Pitié chez le professeur Terrier.

En 1899, à l'âge de 51 ans, sans cause apparente surviennent les premiers troubles dyspeptiques : *douleurs*, sensation de brûlure au creux épigastrique sans irradiation. Très vives, forçant le malade à se courber en deux, à s'appuyer le creux épigastrique sur le bord d'une table. Parfois précoces, plus souvent tardives : 3 à 4 heures après le repas de midi, et aussi après le repas du soir. Ni *réurgitation* aqueuse, ni vomissements. Pas de constipation.

Cette douleur se montre par périodes d'une durée de plusieurs jours, espacées par de longs intervalles pendant lesquels le malade ne ressent rien d'anormal.

En 1900, douleurs plus fréquentes, plus vives, « plus terribles » dit le malade.

En 1901-1902, mis au repos et au régime lacté : grande amélioration, qui ne persiste pas malgré la continuation du régime lacté.

En 1903, *melæna* à six reprises. Douleurs intolérables qui empêchent toute alimentation même par le lait. Il entre chez M. Terrier.

Examen à l'entrée. — Douleurs intenses à la moindre tentative alimentaire, empêchent tout sommeil. Pas de vomissement, sauf une fois à la Pitié après un essai d'alimentation. Pas de constipation ni de diarrhée.

Amaigrissement considérable : il a perdu 18 kilos en un an (39 kil. 500 au lieu de 57 kil. 500). Anémie. Léger état nerveux : malade irritable.

OPÉRATION, 13 décembre 1903 (P^r TERRIER). — Gastro-entérostomie postérieure, dislocation verticale de l'estomac.

Suites immédiates : excellentes. Aucun incident. Reprise de l'alimentation le 6^e jour. Sortie, 21^e jour. Poids : 56 kilos.

Suites éloignées : 1903 à 1907 ; *fonctionnelles* : excellentes, plus une seule douleur ; *générales* : excellentes.

11 mars 1907 : EXAMEN. — Dimensions de l'estomac : à jeun, n'atteint pas l'ombilic. Après 200 grammes de lait : clapote un peu au-dessous de l'ombilic après insufflation modérée : 5 poires, mêmes dimensions.

CHIMISME et EXPLORATION A JEUN. — A jeun : 20 centimètres cubes de liquide clair, sans débris alimentaires, contenant de l'acide chlorhydrique libre. Après repas d'épreuve d'Ewald : liquide extrait une heure après, quantité : 30 centimètres cubes de liquide ; odeur de pain frais, bien émulsionné : A : 96. H : 0. C : 58. H + C : 58. T : 350. F : 292. $\frac{T}{F}$: 1.2.

Capacité digestive : excellente, régime ordinaire de la campagne, mais sans prendre d'alcools, et seulement très peu de vin.

Capacité de travail : excellente : fait son métier de jardinier sans fatigue.

OBS. 22. — *Ulcère en évolution*. — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le D^r GOSSET). — *Suites médicales* : 3 ans, médiocres. — SYNDROME SECONDAIRE TRÈS MARQUÉ en rapport avec un régime défectueux.

M. D..., 39 ans, employé de chemin de fer, entre dans le service du professeur Terrier en décembre 1903.

Né de parents malades également de l'estomac (sa mère semble avoir présenté tous les signes d'une gastro-sucorrhée), D... accuse les premiers troubles dyspeptiques dès l'âge de 15 ans.

A cet âge, après des excès alcooliques non douteux, surviennent des douleurs tardives après les repas limitées à l'épigastre, et suivies souvent de régurgitations d'eau mêlée d'aliments. En même temps, très longtemps après le repas il remarque un bruit de glou-glou au niveau de l'estomac. Ces troubles persistent 2 ans, et disparaissent spontanément.

En avril 1903, reprise d'une douleur influencée par les repas, mais peu marquée, elle siège à la région lombaire. Six mois après (14 novembre 1903) sans aucune cause il constate du *melæna*, et le 22 novembre il est pris de malaise : ballonnement, vertiges, sueurs et rend 1 litre 1/2 de sang rouge mêlé d'aliments ingérés la veille. Le lendemain et les jours suivants il constate de nouveau du *melæna*. On lui conseille l'intervention. Il entre à la Pitié.

Examen à son entrée (D^r GOSSET). — Malade anémié et amaigri : il pèse

62 kilos au lieu de 72 : poids habituel. Il a dû prendre le régime lacté et cesser tout travail. L'estomac n'est pas dilaté.

OPÉRATION, 28 décembre 1903 (Dr GOSSET, aidé par le Dr ALGLAVE). — L'estomac n'est pas dilaté, il ne présente pas d'induration, mais une cicatrice déjà ancienne. Gastro-entérostomie postérieure von Hacker régulière.

Suites immédiates : excellentes les 8 premiers jours. Le 9^e, vomissements verdâtres, suivis de *melæna*. En même temps se montrent des *douleurs* : brûlures au creux épigastrique, très intenses et telles que le malade n'en avait jamais ressenties. Ces troubles ne persistent pas, et le malade peut quitter l'hôpital le 22 février, reprenant presque immédiatement son travail et le régime commun.

Suites éloignées : 1904 à 1907. Les troubles dyspeptiques persistent par périodes : une à deux fois par an environ le malade ressent au creux épigastrique sans irradiation une *brûlure* extrêmement vive, à crier, se montrant 4 à 5 heures après le repas (5 heures du soir et 1 heure de la nuit). En même temps surviennent des *réurgitations* d'eau acide. Pas de constipation. Cette crise est nettement occasionnée par un excès alimentaire, et surtout par la prise de vin. Le malade la calme en se mettant pendant quelques jours au régime lacté.

En dehors de cette crise se montrent fréquemment du ballonnement de l'épigastre, des bouffées de chaleur au visage après les repas.

Enfin de temps à autre et surtout à l'époque des chaleurs survient de la *diarrhée* aqueuse contenant des aliments non digérés.

Ces troubles réagissent fortement sur l'état général et surtout sur la *courbe de poids* : en quelques jours de douleurs, et surtout de diarrhée il maigrit beaucoup, et ne regagne que lentement ensuite ce qu'il a perdu.

21 mars 1907 : EXAMEN. — Bon aspect. Poids 72 kilos : ce qui est son poids normal. L'estomac à jeun ne dépasse pas l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait : mêmes dimensions données par le clapotage (Il ne fut pas fait d'insufflation, le tubage évacuateur ayant ramené du sang).

Au niveau de la région pylorique la pression profonde est douloureuse. On note un léger degré d'éventration.

Tubage à jeun : ramène 35 centimètres cubes de liquide bilieux. Après un repas d'épreuve (60') on retire 30 centimètres cubes de liquide contenant un peu de sang noir. L'analyse donne les résultats suivants : A : 117. H : 0.

C : 84. H+C : 84. T : 284. F : 200. $\frac{A-H}{C} : 1.49. \frac{T}{F} : 1.4.$

Capacité digestive : suit le régime commun prenant encore du vin et de temps à autre un apéritif.

Capacité professionnelle : excellente ; 10 heures de travail manuel. La fatigue cependant exagère ses troubles dyspeptiques.

Obs. 23. — *Pylorisme lié à un ulcère probable.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 3 ans, excellentes. — *Le malade suit un régime donné par le Dr Soupault, puis reprend récemment, sans dommage, le régime ordinaire.*

M. K..., ancien avoué. Adressé par le Dr Soupault au Dr Hartmann en février 1904 pour sténose du pylore.

Depuis 8 ans (1896) il se plaint de *brûlures* vives se montrant de une à deux heures après les repas, et persistant avec des paroxysmes jusqu'au repas suivant. Elles siègent au creux épigastrique et s'irradient dans les reins et dans le dos, prenant bientôt le caractère *perforant*. La douleur se calme surtout par le *vomissement* ; tantôt aqueux, régurgitation, tantôt alimentaire, provoqué par le malade. Le vomissement est moins fréquent que la douleur, et ne se montre que lors de crise intense. Peu de constipation.

Ces phénomènes se montrent par crises, qui deviennent plus intenses, plus fréquentes et plus longues.

En 1901, *hématémèse* abondante (1 litre) suivie de *melæna* ; elle amena une accalmie d'une durée de 1 an.

Enfin le malade rend des aliments pris 24 heures auparavant ; les traitements les plus variés ayant échoué, il se décide à l'opération.

OPÉRATION, 14 février 1904 (D HARTMANN). — Pas de cicatrice extérieure constatée à l'opération.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 3 ans (1904 à 1907) : excellentes. Aucune douleur. Aucun malaise. Mais a suivi après l'opération le régime donné par le Dr Soupault.

Mars 1907 : EXAMEN. — Excellent état. Poids : 57 kilos au lieu de 54 avant l'opération. Atteint presque son poids normal (58 kil.).

Capacité digestive : parfaite. Ne suit plus de régime. Se permet même quelques excès légers.

Capacité de travail : N'exerce plus sa profession, mais se sent fort et bien portant.

Obs. 24. — *Syndrome pylorique avec gastro-sucorrhée* (Dr SOUPAULT). — *Ulcus probable.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 3 ans, bonnes, mais non parfaites. — SYNDROME SECONDAIRE ESQUISSÉ. — *Régime défectueux.*

M. . . , 50 ans, fabricant de bronzes, entre en février 1904 dans le service du Dr Hartmann.

10 ans auparavant, après des fatigues assez considérables débutent les premiers troubles digestifs. Ce sont des *douleurs* à l'épigastre, extrêmement vives, forçant le malade à se courber en deux, les mains comprimant le creux épigastrique. Tardives, survenant 5 heures après le repas elles sont

calmées par la moindre alimentation. Parfois, mais rarement, elles s'accompagnent de *réurgitations* aqueuses ; il n'existe ni constipation, ni diarrhée. L'appétit est considérable. En même temps existent des troubles dyspeptiques : ballonnement, poussées congestives, renvois gazeux en série (aérophagie). Le malade est très nerveux, irritable, sujet aux idées noires.

Ces phénomènes se montrent par crises très espacées, trois à quatre par an ; cet état persiste 7 ans.

Pendant cette période il est soigné par le Dr Soupault qui le met au régime du lait, des œufs, des légumes, et lui donne du bi-carbonate de soude dont il prend jusqu'à 3 à 4 cuillerées à café par jour.

A partir de 1898, les crises sont plus intenses, la douleur devient *perforante*.

En 1904, les douleurs devenant continuelles malgré le régime et le bi-carbonate dont il prend des quantités considérables, il entre à Lariboisière.

Examen à l'entrée (Dr HARTMANN). -- Malade en assez bon état ; léger amaigrissement. Il accuse des *douleurs* tardives, en broche, très intenses, quelques *réurgitations*, pas de vomissements alimentaires. Grand nerveux.

Pas de stase alimentaire. Estomac grand, déborde de deux travers de doigt l'ombilic, après insufflation.

OPÉRATION, 24 février 1904 (Dr HARTMANN). — On ne trouve rien d'anormal à la région pylorique. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 1904 à 1907 : 3 ans. Bonnes, pas de douleurs vraies, pas de vomissements, ni de constipation. Mais quelques *pesanteurs* tardives, et surtout depuis le début de 1907 le malade accuse des *douleurs* peu vives au creux épigastrique se montrant 4 heures après le repas. Grande amélioration de l'état nerveux.

10 mars 1907 : EXAMEN. — Quelques troubles fonctionnels déjà décrits.

Assez bon aspect. Poids : 58 kilos au lieu de 54, mais n'a pas regagné son poids de bonne santé.

Estomac à jeun : ne dépasse pas 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, qu'il atteint après une insufflation modérée ou après la prise de 200 centimètres cubes de lait.

CHIMISME ET TUBAGE A JEUN. — A jeun, la sonde ramène 10 centimètres cubes de liquide achlorhydrique non bilieux, sans débris alimentaires. Une heure après le repas d'épreuve : 200 centimètres cubes de liquides bilieux dont l'analyse est la suivante : A : 125. H : 0. C : 110. H + C : 110. T : 248. F : 138.

Capacité digestive : bonne, suit le régime commun avec vin et même un peu d'alcool.

Capacité professionnelle : surveille les ouvriers, ne se fatigue pas. Mais avoue cependant ne pouvoir faire un travail pénible.

OBS. 25. — *Ulcère de la petite courbure. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le D^r HARTMANN). — *Suites médicales : 3 ans : SYNDROME SECONDAIRE bien caractérisé. — Régime défectueux.*

C..., 52 ans, journalier, entre en mars 1904 à Lariboisière dans le service du D^r Hartmann.

En 1897, apparaissent à la suite d'excès éthyliques les premiers troubles digestifs : ce sont des *vomissements* aqueux, survenant le matin à jeun, et quelques heures après les repas des *pesanteurs* avec *régurgitations* acides. Quelques mois plus tard les *douleurs* deviennent très intenses, elles prennent le caractère perforant et sont tardives, 2 heures 1/2 après les repas. Enfin le malade est constipé. Ces douleurs persistent presque d'une façon continue pendant 2 ans, avec seulement 2 à 3 périodes d'accalmie de 15 jours de durée.

En 1899, apparaissent les *vomissements alimentaires* survenant 2 h. 1/2 après le repas et calmant la douleur. Ils se montrent presque tous les jours. Une semaine plus tard, à plusieurs reprises, le malade *vomit du sang ; hématomèses* suivies de *melœna*.

Soigné à l'Hôtel-Dieu il est amélioré pendant quelque temps ; mais 4 mois plus tard, nouvelle crise avec encore 2 *hématomèses* et du *melœna*. Il se met au régime lacté.

De 1901 à 1904, les douleurs, vomissements et la constipation persistent ; le malade maigrit, et après une période de douleurs intolérables et de vomissements incoercibles, il se décide à se faire opérer.

Examen à l'entrée (D^r HARTMANN). — Malade amaigri ; a perdu 25 kilos.

Opération, mars 1904 (D^r HARTMANN). — *Ulcère de la petite courbure. Gastro-entérostomie postérieure régulière.*

Suites immédiates : médiocres. Les digestions restent pénibles : le malade continue à ressentir une gêne, une pesanteur une heure après son repas. De temps à autre il vomit. La constipation par contre a cessé.

Suites éloignées : 1904 à 1907. Egalement médiocres. Il souffre assez rarement à la suite de ses repas ; mais à quatre reprises il a ressenti une véritable *crise* comparable à ce qui précédait l'opération : la première 6 mois après l'intervention, la seconde en 1905, la troisième en juillet 1906, enfin la dernière le 14 avril 1907. Chacune de ces crises se caractérise par des *douleurs*, des *vomissements*, et une reprise de la *constipation*. Les douleurs sont encore tardives, survenant 2 heures après le repas. Elles sont perforantes. Les vomissements alimentaires contiennent toujours une quantité notable de bile. Il s'y joint enfin parfois des vertiges, des éblouissements. Le malade ignore la cause de ces crises douloureuses. Il incrimine surtout la fatigue et les excès alimentaires.

17 avril 1907 : EXAMEN. — Très bon aspect. Poids actuel : 78 kilos au lieu de 54 lors de l'opération et 65 à sa sortie de l'asile de convalescence.

Estomac : après 200 centimètres cubes de lait ne dépasse pas 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Après insufflation maxima : 10 poires, dépasse à peine l'ombilic.

EXPLORATION A JEUN ET CHIMISME : 17 avril 1907. — *A jeun*, après 1 opération : 45 centimètres cubes de liquide achlorhydrique contenant un peu de bile, sans débris alimentaires malgré une épreuve des carottes.

CHIMISME. — 60' : A : 195. H : 72. C : 95. H + C : 168. T : 372. F : 204.

120' : A : 112. H : 28. C : 82. H + C : 110. T : 372. F : 262.

Capacité digestive : bonne. Le malade suit le régime commun, mais prend en outre deux litres de vin par jour.

Capacité de travail : médiocre. Ne fait plus son métier, parce qu'il est trop pénible et que la fatigue entraîne des troubles dyspeptiques.

OBS. 26. — *Brides fibreuses enserrant le pylore reliquat d'une opération sur les voies biliaires.* — *Ptose, néphroptose.* — *Grand état nerveux.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr GOSSET). — *Suites médicales : 3 ans, mauvaises.* — *Troubles en grande partie névropathiques.*

Mme B ..., 41 ans, charcutière, entre dans le service du professeur Terrier, le 21 mars 1904.

Les premiers troubles dyspeptiques débutent dès l'âge de 12 ans par une sensation de pesanteur au creux épigastrique à la suite des repas, l'obligeant à se dégrafer et à se reposer.

Il y a 8 ans, survient une crise de douleurs très intenses, douleurs siégeant à l'épigastre et surtout à l'hypocondre droit, sans nausées ni vomissements, mais suivies d'un peu de subictère : on diagnostique colique hépatique. Un mois après, seconde crise, mais sans trace d'ictère. A partir de ce moment, d'une façon continue se montre immédiatement après chaque prise d'aliment quelconque, même de lait, une douleur au voisinage du point vésiculaire, s'irradiant en ceinture à droite jusqu'à la région lombaire, calmée seulement par la morphine. Il n'existe ni vomissements, ni nausées. L'appétit est conservé, il y a seulement une légère constipation. Cette douleur persiste deux ans, jusqu'en 1901, où un chirurgien pratique deux interventions sur la vésicule biliaire : cholécystostomie, dit-on, bien que par la fistule il ne s'échappe que fort peu de bile. On ne laisse la fistule se fermer qu'en août 1903. Pendant toute cette période les douleurs continuent à se montrer à la moindre tentative alimentaire, comme auparavant. Les rares accalmies ne se montrent que lorsque la malade reste couchée, et surtout lorsqu'elle supprime toute alimentation.

C'est pour ces phénomènes qu'elle entre à la Pitié le 21 mars 1904.

Examen à l'entrée (Dr GOSSET). — La malade a bon aspect, bien que légèrement amaigrie. Elle est extrêmement nerveuse, dort mal, a des idées noires.

Localement : le ventre est étalé et flasque. Cicatrice longue et irrégulière

à trois travers de doigt à droite de la ligne médiane. La palpation provoque de la douleur un peu à droite et au-dessus de l'ombilic. Pas de clapotage. On sent des battements aortiques. Corde colique transverse. Enfin ptose rénale droite marquée, rein gros et douloureux, sans signes d'hydronéphrose. Une intervention doit être tentée.

OPÉRATION, 6 avril 1904 (Dr GOSSET). — L'estomac est dilaté, et au niveau du pylore et de la première portion du duodénum l'on constate la présence de brides épaisses correspondant à l'ancienne cicatrice. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : mauvaises. Pendant 8 jours vomissements verts : malgré les lavages. Alimentation impossible : par la reprise des douleurs.

29 avril. — JÉJUNO-JÉJUNOSTOMIE COMPLÉMENTAIRE.

Suites immédiates : moins mauvaises : la malade continue à souffrir, mais cette fois dans la région lombaire.

Suites éloignées : 1904 à 1907, médiocres. Les douleurs persistent, limitées désormais à la région lombaire. Elles sont nettement provoquées soit par l'alimentation, soit par la station verticale. Elles surviennent immédiatement après les repas, ou plus rarement 2 heures après. Il faut noter de plus qu'elles présentent une certaine corrélation avec la miction, une véritable débâcle d'urine annonçant la fin de la période douloureuse. Avec cela pas de vomissements, ni de constipation ; l'appétit est bon, mais la malade restreint sa nourriture de crainte de souffrir.

Elle est restée enfin très nerveuse : elle a des crises de larmes, de la céphalée le matin, elle est irritable, et remarque que toutes les causes morales jouent un grand rôle dans l'apparition de la douleur.

13 mars 1907 : EXAMEN. — *Général* : bon aspect. Poids : 70 kilos.

Local : mêmes constatations qu'au premier examen. L'estomac clapote jusqu'à l'ombilic 4 heures après un repas léger. La malade ne se prête pas à l'insufflation. Rein droit gros, douloureux, ptosé et secondairement fixé (très peu mobile).

A jeun : on ne retire que quelques centimètres cubes de liquide.

Tubage 60' après le repas d'épreuve : 100 centimètres cubes de liquide contenant des débris alimentaires bien émulsionnés : A : 89. H : 0. C : 51.

T : 255. F : 204. $\frac{T}{F}$: 1.2.

Capacité digestive : mauvaise.

Capacité de travail : mauvaise. La malade est incapable de travailler.

Obs. 27. — *Troubles dyspeptiques avec excitation gastrique chez une grande nerveuse.* — Dilatation et atonie gastrique ; gastro-entérostomie postérieure (par le Dr TERRIER). — *Suites médicales* : 3 ans, médiocres : SYNDROME SECONDAIRE persistant, ainsi que des troubles nombreux liés au nervosisme de la malade.

G... Georgette, 31 ans, vient consulter le Dr Parmentier à plusieurs reprises pour des troubles dyspeptiques.

Son hérédité est chargée : son père est mort à Villejuif, il avait tenté à plusieurs reprises de se suicider. Sa mère se suicide (pendaison). Elle a quatre frères, dont un épileptique, l'autre asthmatique, le troisième tachycardique.

Les premiers troubles digestifs remontent à l'âge de 20 ans. A ce moment elle travaille 15 heures par jour, mange irrégulièrement, et est en butte aux tracasseries de la part de sa mère. Elle souffre de l'estomac, a des digestions longues, et vomit soit de l'eau, soit des aliments, et même parfois elle reconnaît des aliments de la veille dans les vomissements. Elle est très nerveuse et son état général est mauvais : elle maigrit considérablement et son poids en 1900 n'est plus que de 35 kilos au lieu de 49 kilos, quelques années auparavant.

Elle consulte successivement à la Salpêtrière, puis le Dr Mathieu, suit un traitement électrique (D^{rs} Lacarrière et Delherm). On pense à une appendicite chronique, on veut l'opérer. On essaie ensuite le régime des féculents, qui provoque des vomissements ; enfin on l'isole ; tous ces traitements ne donnent aucun résultat.

En avril 1903, elle consulte à la Pitié. On pense à un ulcus. On décide une gastro-entérostomie.

OPÉRATION, 5 mai 1904 (P^r TERRIER). — On ne constate pas de sténose. Gastro-entérostomie postérieure.

Suites immédiates : pénibles. Nombreux vomissements verts, calmés seulement après plusieurs jours par des lavages d'estomac. Elle rentre en médecine où on tente de l'alimenter. Le régime ordinaire provoque des vomissements répétés. Les potages épais entraînent des douleurs, de la constipation et souvent des vomissements. Le lait est vomi. La viande passe.

D'ailleurs aucun de ces troubles n'est constant si la malade parle, elle mangerait sans arrêt ; si elle est seule la digestion ne se fait pas. Elle est constipée.

Suites éloignées : 3 ans. Peu à peu cependant elle a pu s'alimenter, mais toujours avec peine. Elle présente d'ailleurs deux périodes très différentes qui se succèdent tour à tour. Pendant la *première* elle ressent des *brûlures* au creux épigastrique débutant une demi-heure après le repas, et atteignant toute leur intensité deux heures après ; elles sont calmées par l'ingestion de lait. En même temps elle *vomit* : vomissements aqueux amers ; elle rend ainsi des gorgées d'eau de dix en dix minutes. Les dernières enferment des débris alimentaires, parfois de la veille et même de plusieurs jours auparavant. A ce moment elle est soulagée. Elle est légèrement constipée.

Pendant la seconde période elle ne ressent plus de douleurs véritables, mais des malaises, du ballonnement de l'épigastre, une irritabilité, et le seul symptôme dominant est une *lientérie* très marquée ; elle a presque immédiatement après son repas 7 à 8 selles dans lesquelles elle retrouve ses aliments intacts. C'est cette seconde période qui est la plus pénible ; c'est

d'ailleurs à ce moment que la malade perd du poids, tandis qu'elle reprendrait quelques livres pendant la première.

11 février 1907 : EXAMEN. — Jeune femme d'aspect un peu fatigué ; améliorée cependant, semble-t-il. Son poids est de 48 kilos avec un gain de 13 kilos depuis 1901. Très grande, nerveuse. Grand estomac descendant à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic après évacuation à la sonde.

CHIMISME. — Après l'opération, 11 mars : A : 140. H : 15. C : 131. H + C : 146. T : 365. F : 219.

11 février 1907 : A : 200. H : 74 C : 138. H + C : 212. T : 380. F : 168.

A jeun : tubage (après l'opération), 40 centimètres cubes de liquide bilieux avec HCl libre. sans débris alimentaires.

Capacité digestive : médiocre. Remarquable par son irrégularité.

Capacité professionnelle : moyenne. Meilleure que jadis.

OBS. 28. — *Sténose du pylore.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le D^r RIEFFEL). — *Suites médicales* : 3 ans, bonnes, mais pas absolument parfaites.

G..., directeur de lavoir, à la suite de légers excès éthyliques, et d'une dysenterie des pays chauds commence en 1882 à ressentir des douleurs au creux épigastrique sans irradiation. De faible intensité (simple pesanteur), elles se montrent une heure après le repas.

Un an après, apparaissent les vomissements : vomissements aqueux, très abondants. Enfin la constipation déjà existante devient plus opiniâtre.

Ces phénomènes surviennent par périodes de 8 à 15 jours de durée, plus fréquentes l'hiver, et séparées par des accalmies de plusieurs mois. Le malade peut toutefois empêcher le vomissement en absorbant un aliment quelconque et surtout du sucre dont il est toujours muni.

L'appétit est très diminué. Il existe enfin quelques troubles sympathiques, et surtout une crainte doublée de sensation angoissante lorsqu'il sort en état de crise, et surtout lorsqu'il veut descendre d'un trottoir.

Il consulte et prend de nombreux médicaments.

De 1883 à 1904, ces mêmes troubles persistent, mais les crises deviennent plus rapprochées, bientôt elles sont journalières, les vomissements continuent à dominer par leur fréquence et leur abondance. Ils deviennent alimentaires et renferment des aliments des jours précédents. Il s'y joint enfin une diarrhée lientérique intense.

Examen, juin 1904 (D^r PARMENTIER). — Amaigrissement considérable : 54 kilos au lieu de 64. Estomac très dilaté, clapotage étendu au-dessous de l'ombilic.

OPÉRATION, ... 1904 (D^r RIEFFEL). — *Gastro-entérostomie postérieure régulière.*

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 1904 à 1907, excellentes. La douleur, la constipation ont

cessé. Cependant on ne peut en dire autant des vomissements. Ils ont reparu il y a 18 mois (fin 1905), s'accompagnant de vertiges, qui rappellent le type de vertiges de Ménière plus ou moins nets.

Décembre 1906 : EXAMEN. — *Etat général* : parfait ; le malade prétend avoir regagné son poids initial.

Etat local : à jeun, estomac ne clapote pas. Après prise de 200 centimètres cubes de lait, la grande courbure atteint l'ombilic.

16 mai 1907 : NOUVEL EXAMEN. — Même état général.

Etat local : après évacuation l'estomac ne dépasse pas deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Après 200 grammes de lait, il clapote jusqu'à 1 centimètre au-dessus.

Tubage à jeun. — Avant l'opération : 390 centimètres cubes de liquide avec stase abondante.

3 ans après l'opération : 15 centimètres cubes de liquide achlorhydrique sans débris alimentaires.

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 194. H : 6. C : 183. H + C : 186. T : 375. F : 189.

3 ans après l'opération : A : 84. H : 0. C : 44. T : 248. F : 204 (17 juin 1907).

Capacité digestive : excellente. Prend régime ordinaire ; une fois par an même fait un dîner fin, mais s'abstient de vin pur et d'alcool.

Capacité de travail : bonne.

OBS. 29. — *Ulcus et périgastrite*. — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le P^r TERRIER). — *Suites médicales d'abord excellentes ; puis : 3 ans après l'opération, SYNDROME SECONDAIRE en relation avec écart de régime.*

B..., 65 ans, marchand des quatre-saisons, entre dans le service du professeur Terrier, en mai 1904.

Il y a 22 ans (en 1885) débutent les premiers troubles digestifs, à la suite d'excès alcooliques très considérables. Ce sont des *douleurs* au creux épigastrique, survenant 2 heures après les repas. Immédiatement apparaissent les vomissements alimentaires, spontanés, plus fréquents encore que les douleurs, survenant tardivement après les repas (3 heures). Dans la suite ils seront plus précoces. Ils calment la douleur. Enfin le malade est constipé et trouve fréquemment des glaires dans ses garde-robes.

Ces troubles se montrent par périodes, augmentant peu à peu de fréquence et surtout d'intensité, les douleurs surtout, qui prennent le caractère *perforant*. Aux vomissements alimentaires se joignent bientôt des régurgitations aqueuses très abondantes ; « les aliments tournent en eau », dit le malade. Il arrive ainsi à ne plus pouvoir s'alimenter, et finit par entrer à la Pitié en mai 1904.

Examen à l'entrée. — Malade amaigri, ne pesant plus que 50 kilos au lieu de 69 kilos, poids normal. Grand estomac.

OPÉRATION, 27 mai 1904 (P^r TERRIER). — Gastro-entérostomie postérieure régulière. Périgastrite suite d'ulcus.

Suites immédiates : bonnes, sauf lors du séjour du malade à l'asile de Vincennes, où à l'occasion d'une faute d'alimentation il est pris de vomissements répétés accompagnés de diarrhée qui s'arrêtent d'ailleurs très rapidement.

Suites éloignées : juin 1904 à février 1907. Pendant ces 2 ans et 8 mois le malade n'éprouve aucun trouble réel. Il suit d'ailleurs un régime d'abord assez sévère, puis peu à peu il revient au régime commun et s'en trouve moins bien.

En février 1907, à l'occasion d'un écart de régime le malade recommence à souffrir. Douleurs vives, en broche, tardives après les repas (3 à 4 heures après). En même temps quelques renvois de goût mauvais. Il essaie de se faire vomir, il n'y réussit pas.

17 mars 1907 : EXAMEN. — Le malade est encore en crise, bien que les douleurs se soient en partie apaisées. Il paraît légèrement fatigué ; son poids n'a cependant pas diminué : il pèse 65 kilos au lieu de 50 kilos lors de l'opération (il n'a jamais regagné son poids de bonne santé).

Localement : à jeun l'estomac atteint l'ombilic. Après 200 grammes de lait, il le déborde à peine. On constate d'autre part un tympanisme sous-ombilical marqué.

Tubage à jeun : on ne retire rien, d'ailleurs jamais l'on a constaté de liquide dans l'estomac à jeun.

CHIMISME. — Une heure après le repas d'épreuve la sonde ramène 30 centimètres cubes de liquide non bilieux ; l'analyse donne les résultats suivants : A : 150. H : 29. C : 94. H + C : 123. T : 350. F : 227.

Capacité digestive : moyenne. Le malade ne prend pas encore l'alimentation commune : il se nourrit spécialement d'œufs, de soupes ; mais il prend du bouillon, et surtout plus d'un litre de vin par jour. Il en est résulté, dit-il, l'apparition de nouveaux troubles digestifs.

Capacité professionnelle : bonne. Il fait son métier de marchand ambulant sans trop de fatigue. (Il n'a pas repris son ancien métier).

Obs. 30. — *Périgastrite étendue formant une véritable tumeur. — Signes de sténose. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le D^r HARTMANN). — *Suites médicales* : 3 ans, moyennes. — SYNDROME SECONDAIRE LÉGER, en relation avec un régime défectueux.

Mme R. ., 28 ans. Ménagère. Entre dans le service du D^r Hartmann au mois de mai 1904.

Dès son enfance elle était constipée et une fois par semaine environ elle ressentait une crise intense de céphalée suivie de vomissements.

En 1896, sans cause, des douleurs gastriques très vives, à pleurer, calmées par la compression de l'épigastre, par la position en chien de fusil, se mon-

trent 3 heures après les repas. Elles s'accompagnent très rarement de *réurgitations* aqueuses, et plus souvent de *vomissements* alimentaires calmant les douleurs. Enfin la constipation est opiniâtre.

Ces phénomènes se montrent par crises, assez longues, mais séparées par des périodes d'accalmie complète. Remarque intéressante, au cours de deux grossesses et pendant la lactation elle est indemne de toute douleur gastrique.

En janvier 1904, les douleurs reprennent avec une intensité extrême. La malade ne peut s'alimenter, elle se décide à l'intervention.

Examen avant l'opération, mai 1904. — Malade fatiguée. Amaigrie (poids : 42 kil. 500). Anémiée malgré l'absence d'hématémèse et de méléna. Estomac très dilaté ; après insufflation il remplit presque tout l'abdomen. Stase alimentaire à jeun.

Femme nerveuse, irritable, sujette à des migraines.

Opération, 30 mai 1904 (D^r HARTMANN). — Dès l'ouverture du péritoine, l'on voit des adhérences unissant la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale et au foie. Le palper montre la présence d'un large gâteau dans l'épaisseur de l'estomac remontant très haut jusqu'au voisinage du cardia. Gastro-entérostomie postérieure un peu irrégulière par suite de ces adhérences.

Suites immédiates : médiocres. Le 4^e jour elle accuse des douleurs très vives qui persistent pendant 10 jours. On doit lui faire un lavage de l'estomac, la sonde ramène du sang noir, quelques jours après, à quatre reprises l'on constate du méléna.

Pendant les six mois suivants, les douleurs persistent mais moins intenses qu'avant l'opération. Elles sont toujours en rapport avec un léger écart de régime.

Suites éloignées : début de 1905 à mars 1907. La malade continue assez fréquemment à ressentir soit immédiatement soit tardivement après les repas un *tiraillement* à la partie gauche de l'épigastre. Puis suivent une ou deux *réurgitations* d'eau mêlée d'aliments, qui calment la douleur. Enfin elle reste constipée.

Ces troubles sont plus fréquents l'hiver, mais ils sont provoqués nettement par un écart de régime.

17 mars 1907 : EXAMEN. — Bon aspect, poids : 54 kilos, gain : 12 kilos depuis l'opération, état nerveux moins marqué.

L'estomac, après évacuation presque complète (la malade n'est pas venue à jeun) clapote jusqu'à l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait, il descend à deux travers de doigt au-dessous. Après insufflation légère, mêmes dimensions.

CHIMISME : 18 mars 1907. — Une heure après le repas d'épreuve, la sonde ramène 170 centimètres cubes de liquide mêlé d'aliments bien émulsionnés : A : 123. H : 0. C : 102. T : 306. F : 204.

Capacité digestive : moyenne. La malade a gardé un régime assez voisin de celui que lui avait donné Soupault. Au moindre écart elle souffre.

Capacité de travail : bonne. D'ailleurs elle travaille peu.

OBS. 31. — *Sténose pylorique secondaire à un ulcère. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le D^r LEJARS). — *Suites médicales* : 3 ans, médiocres. — SYNDROME SECONDAIRE caractérisé, en rapport avec le régime suivi.

D... 42 ans, forgeron, entre dans le service du D^r Parmentier à l'hôpital Tenon, en mars 1904, pour troubles dyspeptiques intenses.

Ils ont débuté il y a 15 mois, sans cause apparente. Le malade n'accusant pas d'excès alcooliques, ayant seulement présenté quelques années auparavant une fièvre typhoïde, puis des fièvres intermittentes soignées l'une et les autres par la quinine. Ce n'est au début qu'une diminution de l'appétit, avec des digestions pénibles et longues, marquées par des pesanteurs, et des régurgitations aigres.

Puis apparaissent les douleurs proprement dites, très aiguës, obligeant le malade à se courber en deux, et se montrant une demi-heure après les repas, pour atteindre leur paroxysme 3 à 4 heures plus tard. En même temps, les régurgitations sont plus fréquentes, et tous les deux à trois jours il rend ses aliments, ce qui le calme. Enfin il est très constipé.

Progressivement tous ces troubles s'exagèrent, les douleurs deviennent perforantes, les vomissements renferment des aliments anciens, enfin le malade lui-même perçoit le glou-glou gastrique, et des mouvements péristaltiques qu'il sait nettement se passer dans l'estomac.

Examen (D^r PARMENTIER). — Malade amaigri, qui a perdu 6 kilos en six semaines (50 kil. 500 au lieu de 56 kil. 500 il y a 6 semaines), a dû depuis longtemps cesser son travail. S'alimente avec peine, et ne peut prendre que des œufs et du lait.

Localement : estomac très dilaté, déborde notablement l'ombilic. Clapote à jeun.

OPÉRATION, 8 juin 1904 (D^r LEJARS). — Gastro-entérostomie. Sténose cicatricielle du pylore.

Suites immédiates : bonnes.

Suites éloignées : 1904 à mai 1907. Pendant 18 mois : très amélioré par rapport à l'état antérieur. Il ressent par crises survenant tous les 15 jours environ des douleurs intenses, au creux épigastrique, le forçant à se coucher sur le ventre, à se courber en deux et se montrant tardivement après les repas. Il les calme en provoquant le vomissement, il ne rend le plus souvent que des glaires. Enfin la constipation reparaît mais beaucoup moins opiniâtre que jadis. Chaque crise dure un ou deux jours et est nettement sous la dépendance d'un excès alimentaire ou plutôt d'un écart de régime même léger. Il ne peut, en effet, tolérer que des potages épais, des pâtes.

des œufs et du lait. Toute tentative d'alimentation différente, viande, légumes, vin, provoque une crise.

Depuis un an, il semble s'être amélioré. Mais les crises reparaissent encore au moindre écart de régime.

CHIMISME ET EXPLORATION A JEUN. — Avant l'opération : A : 174. H : 7. C : 102. H + C : 109. T : 325. F : 175.

Un mois après l'opération : A : 58. H : 0. C : 188. T : 307. F : 219.

Capacité digestive : très imparfaite.

Capacité de travail : médiocre. Il a dû quitter définitivement son métier, pour un travail plus doux (marchand ambulant!).

OBS. 32. — Sténose du pylore consécutif à un ulcère — Gastro-entérostomie postérieure (par le Dr HARTMANN). — Suites médicales : 3 ans, bonnes, grâce à un régime médical sérieux.

Ch. H..., fabricant, vient consulter en juin 1904.

Depuis 5 ans (mars 1899), il ressent des douleurs vives, brûlures, tiraillements au creux épigastrique, s'irradiant en broche jusqu'entre les épaules. Elles sont tardives. Elles s'accompagnent bientôt de régurgitations acides, puis de vomissements alimentaires, spontanés, parfois provoqués par le malade. Leur fréquence est variable mais toujours moindre que celle des douleurs qu'ils calment d'ailleurs « instantanément ». En même temps constipation opiniâtre.

Il prend de nombreux médicaments, surtout du bicarbonate de soude.

Peu à peu ces phénomènes s'exagèrent, il reconnaît bientôt dans ses vomissements la présence d'aliments de cinq jours, dit-il. Enfin il constate du *melœna*.

Examen (Dr HARTMANN). — Contractions péristaltiques, très grand estomac : clapote très au-dessous du pubis.

Opération, 14 juin 1904 (Dr HARTMANN). — Gastro-entérostomie postérieure régulière. Cicatrice avec épaississement au niveau du pylore. Sténose.

Suites immédiates : excellentes. Poids, 9 juillet : 65 kil. 650 ; 16 juillet : 66 kil. 600 ; 21 juillet : 68 kilos.

Suites éloignées : 1904 à 1907. Bonnes, plus de douleurs. Plus de régurgitations ni de vomissements, plus de constipation, mais le malade a conservé un régime sévère : prenant seulement un peu de viande, des légumes en purée, très peu de vin coupé d'eau et beaucoup de lait.

Mars 1907 : EXAMEN. — Très bon état. Aucun trouble fonctionnel, mais surveillance sa nourriture. Poids : 83 kilos au lieu de 64 kilos avant l'opération, est loin cependant d'avoir regagné son poids de bonne santé.

Capacité digestive : suit un régime sévère.

Capacité professionnelle : surveillance ses ouvriers ; il le fait sans fatigue.

OBS. 33. — *Ulcère pylorique ; douleurs intenses. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales : 2 ans et 9 mois, bonnes, malgré l'absence de régime. — Apparition du SYNDROME SECONDAIRE à l'occasion d'un écart de régime. Légère excitation gastrique.*

D... Joseph, concierge, 68 ans, entre dans le service du Dr Hartmann en juin 1904.

C'est seulement en 1900, à l'âge de 61 ans, que déburent les premiers troubles digestifs graves, sans cause apparente. C'est une *douleur* au creux épigastrique, très vive, se montrant 3 heures après le repas. De temps à autre, elle s'accompagne de régurgitation aqueuse : quelques gorgées d'eau acide que le malade crache, très rarement d'ailleurs. Enfin il est très constipé.

Il semble cependant que de 15 à 22 ans il ait éprouvé quelques pesanteurs d'estomac et que souvent à cette époque il ait eu des régurgitations acides tardivement après ses repas.

En 1903, la douleur prend le caractère transfixiant, il maigrit et se décide à se faire opérer (juin 1904).

Examen avant l'opération (Dr HARTMANN). — Malade amaigri, a perdu 10 kilos en deux ans. L'estomac n'est pas sensible à la pression, il n'atteint pas l'ombilic, après une distension moyenne ; pas de stase à jeun.

OPÉRATION, 14 juin 1904 (Dr HARTMANN). — A la face antérieure du pylore cicatrice étoilée d'ulcus. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : bonnes, malgré un vomissement bilieux le second jour. Quelques jours après son départ de l'hôpital il prend un peu de vin ; il *souffre* de nouveau pendant quelques heures.

Suites éloignées : 2 ans et 9 mois, bonnes ; il ne garde plus que la constipation.

18 mars 1907 : EXAMEN. — Bon aspect. Poids : 63 kilos.

L'estomac à jeun atteint seulement 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait : déborde l'ombilic de 1 centimètre. De même après une insufflation moyenne. Insufflation maxima : grande tolérance gastrique.

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 216. C : 166. T : 374. F : 208.

18 mars 1907 : A : 172. H : 8. C : 139. H + C : 147. T : 380. F : 233.

Tubage à jeun. — Avant l'opération : 80 centimètres cubes de liquide chlorhydrique, avec stase.

18 mars 1907. — 10 centimètres cubes de liquide achlorhydrique, avec bile, sans stase alimentaire.

Capacité digestive : excellente. Suit le régime commun. A même repris du vin, bien qu'une fois il en ait ressenti des douleurs.

Capacité de travail : a dû abandonner son ancien métier de veilleur de nuit, pour devenir concierge.

OBS. 34. — *Ulcus prépylorique ; périgastrite. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr LEJARS). — *Suites médicales : près de 3 ans, médiocres. SYNDROME SECONDAIRE en rapport évident avec faute de régime. Mis au régime, grande amélioration.*

M. M... Louis, 55 ans, camionneur, entre à l'hôpital Tenon, salle Lorain, service du Dr Parmentier, le 27 novembre 1904, pour troubles dyspeptiques anciens.

C'est en août 1877 que le malade fait remonter le début des accidents. Il eut à ce moment une violente frayerie et immédiatement après il ressentit une douleur intense à l'hypocondre gauche, correspondant entre les épaules mais sans cependant présenter le caractère transfixiant. Cette douleur se manifesta ensuite 2 heures et plus après les repas, elle se calmait par l'ingestion d'un peu de lait et surtout d'une pincée de bicarbonate de soude. En même temps il avait des *réurgitations* d'eau acide, et parfois il provoquait un *vomissement* alimentaire qui le calmait.

Ces troubles persistent avec des périodes d'accalmie jusqu'en 1883 où tout à coup au milieu d'une crise il vomit une quantité considérable de sang : *hématémèse* rouge accompagnée de perte de connaissance.

De 1883 à 1902, les douleurs continuèrent, le malade se fit soigner à plusieurs reprises, une fois à St-Antoine, deux fois à Tenon. Pendant toute l'année 1902 il se fait taper et gaver à la consultation du Dr Mathieu.

En juin 1907 : il entre dans le service du Dr Parmentier, pour une crise particulièrement violente. On essaie sans succès le pansement bismuthé ; le tubage évacuateur ne calme les douleurs que d'une façon passagère. On le décide alors à se faire opérer.

Examen avant l'opération (Dr PARMENTIER). — Malade en état de crise intense, avec douleurs tardives, vomissements aqueux et alimentaires ; ni constipation, ni diarrhée. Alimentation très difficile. Léger amaigrissement. Pas d'anémie.

L'estomac ne semble pas augmenté de volume. Pas de douleur provoquée à l'épigastre (V. *Chimisme*).

OPÉRATION, 29 juin 1904 (Dr LEJARS). — Pylore sain extérieurement. En avant du pylore masse dure, adhérente à l'épiploon voisin, du volume d'une petite noix : ulcus cicatrisé. L'estomac n'est pas dilaté. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : bonnes, sauf au 15^e jour où à la suite d'*indigestion de biscuits* surviennent des vomissements bilieux. Il sort, va à Vincennes, où on le fait suivre le régime commun, régime qu'il continue chez lui, et pendant quelque temps il est très bien. Mais dès la dernière semaine de son séjour à Vincennes surviennent quelques *douleurs* sourdes qui continuent jusqu'en octobre 1905 : à cette date, il a repris son travail (conducteur d'omnibus), et suit le régime commun, il ressent de nouveau les *douleurs* de jadis, il rentre à Tenon chez le Dr Parmentier, où on pratique un nouvel examen

(V. *Chimisme*). Il accuse comme avant l'opération des douleurs très vives et tardives, mais n'a que d'une façon exceptionnelle et seulement lors des douleurs excessives des *régurgitations* acides, et *jamais* de vomissements alimentaires. Il est de plus légèrement constipé. Remis au repos et au régime il s'améliore.

De fin 1905 à janvier 1907, il est resté relativement bien, mais à la condition de ne plus travailler et surtout de suivre fidèlement son régime : pas de vin, peu de pain, relativement peu de viande, du lait, des œufs, des potages, même dans ces conditions il ressent de temps à autre des *douleurs* assez intenses, survenant 4 heures après son repas, et calmées par la prise de lait, et de bicarbonate de soude, dont il prend des doses énormes : 50 grammes par jour parfois. En plus, il a de temps à autre des crises particulièrement intenses où aux douleurs se joignent un léger degré de constipation et des vomissements alimentaires, très rares d'ailleurs, et toujours provoqués par le malade.

10 janvier 1907 : EXAMEN. — Le malade vient sur convocation. Il est alors en crise assez légère d'ailleurs. Mais il a remarqué que les douleurs se font plus fréquentes. Il prétend suivre fidèlement son régime. Or il avoue que de lui-même il y a joint de la viande crue dont il use beaucoup, on lui conseille de la supprimer.

L'examen par ailleurs dénote un bon état général, le poids est de 65 kilos. Localement : rien de spécial.

Février 1907. Le malade revu souffre beaucoup moins depuis qu'il a supprimé la viande hachée.

Exploration gastrique à jeun et après repas d'épreuve :

	7 avril 1904		20 janvier 1905		10 janvier 1907	
	à jeun	60' après repas	à jeun	60' après repas d'épreuve	à jeun	60'
A.....	160	290	43	275	126	126
H.....	170	102	0	99	présence	44
C.....	30	190	»	197	»	146
H + C.	200	212	»	236	»	190
T.....	462	438	»	453	»	431
F.....	262	146	»	197	»	241

Quantité : 100^{cc} de liq. 160^{cc} 15^{cc} de liquide 170^{cc} 53^{cc} de liquide 175^{cc} de
sans aliments bilieux bilieux clair, non bil. liquide

Capacité digestive : moyenne. Importance du régime démontrée par toute l'histoire du malade.

Capacité de travail : médiocre. On doit peut-être penser à un certain degré de mauvais vouloir de la part du malade, qui a renoncé à tout travail de crainte de souffrir, dit-il.

OBS. 35. — *Ulcère en évolution. — Gastro-entérostomie postérieure avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire* (par le Dr TERRIER). — *Suites médicales : 2 ans, 4 mois. SYNDROME SECONDAIRE en rapport avec un régime défectueux.*

Mme R..., 34 ans, faïencière, entre à la Pitié dans le service du Dr Terrier en 1904.

Les premiers troubles dyspeptiques remontent à l'enfance. Dès l'âge de 8 ans elle accusait des crampes après les repas et une constipation opiniâtre.

Vers l'âge de 24 ans elle est prise d'une crise intense. *Douleurs* au creux de l'épigastre, s'irradiant dans le dos en *broche*, se montrant en général une heure après les repas ; l'ingestion d'un peu de pain les calme. Pas de vomissements, mais des nausées ; enfin la constipation est toujours marquée, les selles contiennent des glaires. Il s'y joint des troubles dyspeptiques légers : ballonnement, poussées congestives au visage, hoquets, renvois gazeux en série (aérophagie). Elle est très anémiée ; on lui fait prendre du fer d'ailleurs depuis plusieurs années.

De 21 à 30 ans, elle a trois grossesses, dont chacune marque pour la malade une poussée gastrique nouvelle. Les deux premières s'accompagnent pendant les 7 premiers mois de vomissements presque incoercibles (ayant provoqué un amaigrissement notable). La troisième est marquée par des douleurs vives, sans vomissements. C'est à la suite de cette grossesse que devant la persistance et l'intensité des douleurs elle se décide à se faire opérer.

3 octobre, elle a pour la première fois une *hématémèse*.

Examen avant l'opération. — Malade fatiguée. Nerveuse : irritable, parfois même présente des idées hypocondriaques. Elle a des migraines fréquentes et des vertiges nettement en rapport avec les crises gastriques. Localement : estomac dilaté.

OPÉRATION, 20 octobre 1904 (prof. TERRIER). — Gastro-entérostomie postérieure ; on constate une cicatrice d'ulcère au pylore.

Suites immédiates : vomissements bilieux incoercibles.

31 octobre 1904. — *Jéjuno-jéjunostomie complémentaire.*

Suites immédiates : les vomissements bilieux persistent encore 4 jours, puis cessent définitivement.

Suites éloignées : 2 ans et 4 mois.

Pendant les quatre premiers mois elle ne ressent rien d'anormal ; elle suit d'ailleurs un régime sévère : lait, purée, et œufs. Puis progressivement elle reprend la nourriture commune et se remet à son travail : alors reprise en février 1904 de douleurs intenses, mais moins vives qu'avant l'opération, assez précoces après les repas, persistant plusieurs heures.

Après une accalmie de trois mois (*reprise du régime*), de nouveau douleurs mais plus vives, et cette fois avec une reprise de la constipation.

Puis accalmie, toujours avec le même régime ; depuis, quelques crises

mais moindres. La constipation par contre persiste, elle s'accompagne de glaires et de peaux avec une fois une débâcle à type dysentérique.

Mars 1907 : EXAMEN. — Malade encore amaigrie (elle n'a jamais regagné son poids initial). Poids actuel : 46 kilos, sensiblement égal à celui d'avant l'opération. Elle a cependant regagné quelques kilos, mais elle les a perdus lors de sa récente crise. Restée nerveuse.

Localement : l'estomac à jeun atteint l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait : il clapote à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et le clapotage est perceptible en haut jusqu'à l'appendice xyphoïde. Pas de ptose rénale.

Exploration gastrique à jeun. — 30 centimètres cubes de liquide sans débris alimentaires, mais riche en bile, achlorhydrique. Acidité très faible : 27.

CHIMISME. — 1 heure après repas d'épreuve on retire 75 centimètres cubes de liquide bilieux dont l'analyse donne le résultat suivant : A : 89. H : 0. C : 131. T : 328. F : 197. $\frac{T}{F}$: 1.66.

Capacité digestive : médiocre. Toute reprise de l'alimentation ordinaire provoque une poussée douloureuse.

Capacité de travail : médiocre. La fatigue influe sur les troubles digestifs.

Obs. 36. — *Ulcus et périgastrique*. — *Sténose prépylorique*. — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le D^r HARTMANN). — *Suites médicales* : 2 ans, excellentes ; mais régime sévère et direction médicale. — *Récemment reprise de l'alimentation ordinaire*. Réapparition de troubles légers. SYNDROME SECONDAIRE.

P... Henri, 45 ans, peintre en voiture, est adressé par le D^r Mathieu au D^r Hartmann, le 1^{er} novembre 1904.

Les premiers troubles dyspeptiques remontent à l'enfance. Tous les dix jours environ, il ressentait 2 h. 1/2 après son repas, une douleur épigastrique très vive, le forçant à se coucher sur le ventre, à se rouler à terre. Elle ne s'accompagnait ni de vomissements, ni de constipation, mais d'une céphalée frontale avec obnubilation passagère.

A l'âge de 18 ans ces crises deviennent particulièrement fréquentes.

Vers 25 ans, il accuse une douleur transfixiante et pour la première fois surviennent des vomissements aqueux, régurgitations d'une « bouchée » d'eau acide calmant la douleur pour quelques instants, et aussi alimentaires, spontanés, amenant une sédation complète des phénomènes douloureux. Parfois même il rend à jeun un peu d'eau acide. Vers cette époque il présente quelques coliques de plomb, pour lesquelles il est soigné dans le service du D^r Duguet.

En 1900, les vomissements contiennent des aliments de la veille, et quelque temps plus tard le D^r Mathieu retire à jeun une quantité considérable de liquide de stase. On le tube régulièrement, et on le gave à la poudre de viande. Il est amélioré.

En août 1904, au milieu d'une crise plus intense, il rend à plusieurs reprises du sang : *hématémèses noires* ; il se décide alors à se faire opérer.

Examen avant l'opération (D^r HARTMANN). — Malade amaigri (poids : 53 kil.), depuis longtemps dans l'impossibilité de s'alimenter. A cessé tout travail, Grand estomac débordant l'ombilic de deux travers de doigt et demi ; stase alimentaire abondante à jeun.

OPÉRATION, 4 novembre 1904 (D^r HARTMANN). — Le pylore lui-même n'est pas altéré. Mais immédiatement en amont, au niveau de la petite courbure on constate une *infiltration* inflammatoire gagnant le petit épiploon : gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 2 ans, 2 mois. Excellentes, pas une douleur, pas un vomissement. Mais le malade pendant près de 2 ans a conservé un régime sévère, donné par le D^r Mathieu : potages au lait, œufs, et lait. Il ne prend que d'une façon exceptionnelle de la viande, et jamais de vin.

Depuis quelques mois, il est revenu au régime ordinaire, sans cependant encore prendre du vin. Il est encore très bien, mais il a été repris de crises de *céphalée* avec troubles de la vue, et quelques légères pesanteurs gastriques.

24 mars 1907 : EXAMEN. — Bon aspect. Poids : 53 kilos (il a atteint à la suite de l'opération : 59 kilos) ; il a maigri un peu depuis quelques mois.

L'estomac à jeun, ne dépasse pas un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait, il le déborde de 2 centimètres ; après insufflation moyenne on obtient les mêmes mensurations. Insufflation maxima : 7 poires.

Tubage à jeun : 20 centimètres cubes de liquide *bilieux*, achlorhydrique, sans débris alimentaires.

CHIMISME. — 1 heure après le repas d'épreuve la sonde retire 70 centimètres cubes de liquide *bilieux*, l'analyse donne les chiffres suivants : A : 68. C : 30. H : O. T : 314. F : 284.

Capacité digestive : bonne. Mais régime sévère.

Capacité de travail : excellente ; 10 heures par jour (peintre).

OBS. 37. — *Sténose du pylore par ulcère cicatrisé*. — Gastro-entérostomie postérieure (par le prof. TERRIER). — *Suites médicales* : 2 ans, bonnes, mais non parfaites. SYNDROME SECONDAIRE à la reprise du vin. Régime défectueux. *Hyperchlorhydrie persistante*.

E... Georges, 44 ans, comptable, entre au début de mars 1905 dans le service du professeur Terrier.

Les premiers troubles digestifs débutent en 1901 sans cause bien nette ; le malade toutefois aurait fait jadis des excès éthyliques légers ; il aurait eu d'autre part récemment la fièvre typhoïde, puis en Amérique une infection appelée typhus. Il accuse tout d'abord une simple pesanteur dans la partie

droite de l'épigastre et succédant aux repas (il est d'ailleurs généralement constipé) lorsque huit jours plus tard il rend une demi-cuvette de sang rouge ; première *hématomèse*, suivie, deux jours après, de *deux autres*, également abondantes et ayant entraîné une syncope. Le même jour, dans la soirée, quatrième *hématomèse*. Il est soigné à l'hôpital, et se remonte peu à peu. Mais en même temps apparaissent des *douleurs* à la région pylorique, très vives, survenant 4 à 5 heures après les deux principaux repas. Il se calme en mangeant une figue sèche, dont il est toujours muni. A l'acmé de la crise douloureuse *il vomit* des glaires et des aliments, et il est calme. En même temps il a des gardes-robes très difficiles et rares, elles renferment souvent des glaires.

Il prend du charbon de Belloc, puis du bicarbonate de Na, dont il use bientôt de grandes quantités. Il revient enfin en France pour se soigner (1904).

En janvier 1905, examiné par le Dr Soupault, il est exploré à jeun, et on retire un liquide de stase abondant. Le Dr Soupault l'adresse alors au professeur Terrier avec le diagnostic de sténose du pylore.

OPÉRATION, 6 mars 1905 (prof. TERRIER). — On constate une sténose pylorique cicatricielle. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 2 ans, bonnes. Sauf lors de la reprise du régime commun et surtout du vin (2 mois 1/2 après l'opération), il ressent alors des *douleurs tardives*, et est constipé. Depuis il est resté bien portant, malgré l'absence du régime spécial.

21 février 1907 : EXAMEN. — Bon aspect. Poids : 76 kilos au lieu de 69 à la sortie de l'hôpital. L'estomac à jeun descend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait : il clapote seulement à un travers de doigt et demi au-dessus de l'ombilic.

A jeun : pas de liquide.

Après repas d'épreuve (1 heure) 70 centimètres cubes de liquide bilieux dont l'analyse donne les chiffres suivants : A : 255. H : 66. C : 248. T : 460. F : 212. Il existe donc une hyperpepsie avec hyperchlorhydrie manifeste.

Capacité digestive : bonne. Régime commun, et même quelques excès : apéritifs.

Capacité de travail : bonne.

OBS. 38. — *Dyspepsie douloureuse avec ulcus probable*. — Gastro-entérostomie postérieure (par le Dr ROCHARD). — *Suites médicales* : 19 mois, moyennes. SYNDROME SECONDAIRE esquissé au moindre écart de régime.

Mme R... Geneviève, 43 ans, femme de ménage, entre le 12 mars 1905 à l'hôpital Tenon pour une gastralgie rebelle.

Elle souffre de l'estomac depuis l'âge de 8 ans. Dès cet âge elle ressentait des fringales, et après les repas des sensations de torsion à l'épigastre. Elle

ne vomissait pas, mais était très constipée. Ces troubles ont persisté, se montrant par intervalles jusqu'à l'âge de 22 ans.

De 22 ans à 39 ans, elle ne souffre plus, sauf lors de deux crises, qualifiées de coliques hépatiques, et qui pourtant ne furent pas suivies d'ictère.

Vers le milieu de l'année 1904 les douleurs sont réapparues sous forme de brûlures tardives après les repas et de pesanteurs au niveau de l'épigastre. Les vomissements suivirent, 6 mois plus tard, ils calmaient la douleur. Enfin plus récemment les vomissements ont disparu et une diarrhée tenace, intense, lientérique est survenue, se montrant par crises, crises alternant en général avec les douleurs. La malade, après 18 mois de ces troubles demande à être opérée.

Examen avant l'opération (D^r ROCHARD). — Malade fatiguée. Elle accuse des douleurs épigastriques tardives avec régurgitations acides. La diarrhée persiste. Malade nerveuse sans cependant présenter les stigmates de l'hystérie, ni de la neurasthénie.

La palpation au niveau de l'épigastre provoque une douleur peu intense d'ailleurs. Au niveau de la région pylorique, on croit sentir profondément, quand la malade est à jeun, une tuméfaction cylindrique. L'estomac est très grand, la grande courbure descend à égale distance de l'ombilic et du pubis. Pas de ptose rénale signalée.

OPÉRATION, 9 mai 1905 (D^r ROCHARD). — On note un simple épaississement des tuniques de l'estomac et du pylore, sans cicatrice ni adhérences. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : bonnes. La malade ne présente ni vomissement, ni douleurs à la condition de suivre un régime (lait, œufs, potages). La viande et surtout la charcuterie provoquent des douleurs siégeant à l'épigastre, survenant 3 heures après les repas et accompagnées de régurgitations. La diarrhée persiste comme avant l'opération. Elle est calmée par le kéfir.

Suites éloignées : 19 mois. Même état ; sauf en ce qui concerne la diarrhée qui tend à disparaître. La malade garde son régime ; au moindre écart elle est reprise de douleurs à type tardif ainsi que de régurgitations acides.

14 janvier 1907 : *EXAMEN*. — Malade d'assez bon aspect. Son poids ne dépasse cependant que de 2 kil. 500 le poids d'avant l'opération. L'examen de l'épigastre ne montre rien d'anormal. Pas de points douloureux. L'estomac est resté grand et légèrement ptosé. Il clapote après le repas d'épreuve jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ptose rénale droite.

CHIMISME. — Une heure après le repas d'épreuve. Avant l'opération : A : 290. H : 95. C : 189. H + C : 284. T : 423. F : 139.

14 janvier 1907 : A : 53. H : 0. C : 58. T : 284. F : 226.

Exploration à jeun. — Avant l'opération : 30 centimètres cubes de liquide achlorhydrique sans aliments.

Après l'opération : 95 centimètres cubes de liquide.

Capacité digestive : médiocre. La malade doit suivre son régime pour ne pas souffrir.

Capacité de travail : moyenne.

Obs. 39. — *Sténose légère par ulcère prépylorique. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales deux ans, relativement bonnes. Apparition du SYNDROME SECONDAIRE à l'occasion d'un écart de régime.*

M. D..., marchand de grains et fourrages, vient consulter le Dr Hartmann, en mai 1903.

Les premiers troubles dyspeptiques remontent à 1870. A cette époque, il ressent après les repas une *douleur* assez vive au creux épigastrique, qui s'accompagne de pyrosis, et souvent de *vomissement* alimentaire qui la calme. En même temps il est très *nerveux* ; il éprouve des douleurs de tête, il ressent un clou à la nuque, il a des idées noires.

Pendant 35 ans ces troubles, douleurs, vomissements, auxquels s'associe bientôt une constipation opiniâtre, se montrent avec des périodes d'accalmie, mais qui se font de plus en plus courtes et rares.

Il suit des traitements variés. Les lavages l'améliorent, mais d'une façon passagère. A deux reprises la sonde ramène une quantité assez considérable de sang : *Hématémèses*.

En 1903, aucun traitement n'ayant de résultat, il se décide à se faire opérer.

Examen avant l'opération. — Malade amaigri : 50 kilos (au lieu de 65).

Opération, 25 mai 1903 (Dr HARTMANN). — *Ulcère prépylorique. Gastro-entérostomie postérieure régulière.*

Suites immédiates : satisfaisantes.

Suites éloignées : 2 ans. Les premiers mois il continue à ressentir quelques douleurs tardives, et est constipé. Il va à Châtel-Guyon, dont il retire un réel profit (il gagne en quelques semaines 14 kilos).

Depuis, assez bien portant. Mais de temps à autre il ressent quelques *douleurs* au creux épigastrique, survenant tardivement après les repas, les digestions sont longues et pénibles. Il incrimine surtout pour la production de ces troubles : la fatigue et un écart de régime.

Il suit d'ailleurs un régime relatif, ne prenant pas de vin, et modérément de viande. Il se nourrit surtout de purées. Parfois cependant il se permet un « extra », dit-il.

L'état général est bon, il a regagné son poids normal (65 kilos), mais il a maigri un peu depuis (il pèse 63 kilos actuellement). L'état nerveux s'est considérablement amendé.

Capacité digestive : bonne, mais surveille un peu son régime.

Capacité de travail : bonne.

OBS. 40. — *Ulcère pylorique ancien. — Gastro-entérostomie (par le D^r GOSSET).*
— *Suites médicales : 18 mois, bonnes, malgré l'absence de régime ; cependant de temps en temps esquisse du SYNDROME SECONDAIRE.*

P... Louis-N., 61 ans, cordonnier, entre dans le service du professeur Terrier en août 1903.

Alcoolique invétéré, ayant eu jadis au Sénégal à plusieurs reprises, la dysenterie, puis la fièvre bilieuse hématurique, il ne commence à souffrir de l'estomac qu'il y a 10 ans. Ce sont des douleurs [au creux épigastrique, survenant trois heures après les repas et calmées par l'ingestion d'un peu de pain. En même temps il rendait de l'eau acide, régurgitations qui se répétaient jusqu'au repas suivant. Il est constipé avec de temps à autre des débâcles. Cette crise dure 6 mois, puis pendant plusieurs années il ne souffre plus.

En 1901, reprise des accidents. Les vomissements aqueux deviennent quotidiens, et la diarrhée s'installe définitivement. Il se décide à demander au D^r Gosset d'intervenir : août 1903.

Examen avant l'opération (D^r GOSSET). — Malade très amaigri qui a perdu 12 kilos en six semaines. Souffre, vomit, a une diarrhée rebelle. Jamais d'hématémèse ni de méléna.

Localement : pas de points douloureux.

OPÉRATION, 24 août 1903 (D^r GOSSET). — Ulcère au niveau du pylore (cicatrice et induration). Gastro-entérostomie postérieure en Y.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 18 mois, assez bonnes. Cependant à la reprise de l'alimentation la diarrhée reparait, pour cesser spontanément quelques mois plus tard. Plus de douleurs ni de vomissements, à peine quelques troubles digestifs légers et pesanteurs, tiraillements quelques heures après le repas, et cela malgré le régime de tout le monde auquel le malade joint même un à deux apéritifs par jour.

11 février 1907 : EXAMEN. — Aspect général assez bon ; le malade est cependant resté amaigri, il a les extrémités froides.

L'estomac à jeun ne dépasse pas un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 99. H : 0. C : 146. T : 450. F : 304.

11 février 1907 : A : 66. H : 0. C : 88. T : 314. F : 226.

A jeun, avant l'opération : liquide de stase.

Après l'opération (11 février 1902) : 20 centimètres cubes de liquide achlorhydrique sans débris alimentaires, avec présence de bile.

Capacité digestive : bonne.

Capacité de travail : le malade ne travaille pas, ne pouvant supporter l'appui de la forme des chaussures sur l'épigastre ; il fait la place.

OBS. 41. — *Sténose pylorique par ulcère cicatrisé. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr GOSSET). — *Suites médicales : 17 mois. SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie à l'occasion de la reprise du régime commun.*

Mme P..., 24 ans, couturière, entre en octobre 1905 à la Pitié, chez le professeur Terrier.

En 1902, sans cause apparente survient une douleur au creux épigastrique, piqure peu intense, énervante, dit la malade, sans irradiation, survenant immédiatement après le repas. En même temps, la malade a des aigreurs, de l'eau acide qui remonte à la bouche. La constipation est opiniâtre. Pendant 5 mois ces phénomènes persistent.

Puis rapidement la douleur devient perforante et les vomissements alimentaires spontanés se montrent peu après les repas. Ils calment la douleur.

Pendant 2 ans 1/2, l'état reste le même, avec douleurs en broche, vomissements alimentaires, constipation, se montrant chaque jour. L'état général reste assez bon cependant. La malade est une nerveuse (aérophagie) prenant aussi beaucoup de médicaments. C'est dans ces conditions que la malade est adressée à M. Gosset.

OPÉRATION, 17 octobre 1905 (M. GOSSET). — Gastro-entérostomie : sténose du pylore par ulcère cicatrisé.

Suites immédiates : excellentes. Reprise de l'alimentation le 8^e jour ; sortie au 25^e jour.

Suites plus éloignées : ayant essayé la nourriture ordinaire elle est reprise de douleurs précoces, avec vomissements aqueux et alimentaires, et constipation.

Elle doit se mettre au lait et aux œufs, elle fait un séjour à la campagne et revient mangeant de tout.

Suites éloignées : mars 1907. Plus de douleurs spontanées : cependant point douloureux au toucher de l'épigastre ; ne supporte pas de corset. Pas de vomissements. La constipation persiste. Quelques douleurs et renvois aqueux au moment des règles. Son état nerveux est également amélioré ; elle se plaint encore de plaques lombaires.

Capacité digestive : bonne, mangeant de tout, buvant de l'eau rouge.

Capacité de travail : couturière ; elle travaille chez elle 8 heures par jour sans fatigue.

OBS. 42. — *Dyspepsie douloureuse. — Présence de liquide à jeun. — Ulcus probable. — Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). *Suites médicales : 16 mois, excellentes, malgré l'absence de régime.*

M... Léon, 57 ans, entre le 15 octobre 1905 dans le service du Dr Hartmann à l'hôpital Lariboisière.

Le début des troubles dyspeptiques est récent. Il y a 3 mois, à la suite d'excès éthyliques, pour la première fois, le malade ressent des douleurs au

creux épigastrique immédiatement après son repas, mais vives surtout 2 à 3 heures plus tard. Pour les calmer, il provoque lui-même un vomissement alimentaire. Il est mis au lait et aux œufs, et il en est très amélioré. Il reprend son régime ordinaire ; presque immédiatement les accidents reparaissent : douleurs, plus vives, accompagnées cette fois de régurgitations acides, vomissements alimentaires. On l'adresse alors au Dr Hartmann.

Examen avant l'opération. — Malade légèrement amaigri.

Localement : la pression provoque une légère douleur au milieu d'une ligne réunissant l'ombilic à l'appendice xyphoïde. L'estomac grand, clapote jusqu'à l'ombilic. Après une insufflation modérée il ne dépasse pas cependant ce point.

L'exploration à jeun ramène 60 centimètres cubes de liquide filant, contenant des débris alimentaires.

OPÉRATION, 25 octobre 1905 (Dr HARTMANN). — Un peu à gauche du pylore au niveau de la grande courbure ; cicatrice ; le pylore lui-même est induré légèrement. Gastro-entérostomie postérieure régulière (Dr HARTMANN).

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 17 mois, bonnes. Le malade n'a pas eu une seule douleur, pas un seul vomissement, plus de constipation depuis l'opération. Il suit pourtant le régime commun : viandes, légumes, un peu de vin. Parfois même un peu d'alcool.

31 mars 1907 : EXAMEN. — Aspect excellent. Poids : 62 kilos, avec 2 kil.500 de gain depuis l'opération.

Localement : l'estomac à jeun atteint l'ombilic. Après une insufflation modérée ; il le déborde de 2 centimètres. Le clapotage après la prise de 200 centimètres cubes de lait donne les mêmes dimensions. Insufflation maxima : 12 poires.

CHIMISME. — Une heure après le repas d'épreuve. Avant l'opération : A : 185. H : 24. C : 183. H + C : 207. T : 389. F : 182.

31 mars 1907 : A : 137. H : 0. C : 102. T : 322. F : 270.

Tubage à jeun : avant l'opération : 88 centimètres cubes de liquide achlorhydrique sans débris alimentaires.

31 mars 1907 : 40 centimètres cubes de liquide bilieux, achlorhydrique, débris alimentaires.

Capacité digestive : excellente.

Capacité de travail : excellente. Le malade prétend faire 13 heures de travail par jour comme garçon de magasin.

OBS. 43. — *Sténose pylorique à la suite d'ulcère.* — Gastro-entérostomie postérieure (par le Dr HARTMANN). *Suites médicales* : 17 mois, bonnes, malgré un régime défectueux. Apparition passagère du SYNDROME SECONDAIRE à la suite d'excès alimentaires.

M. V..., 46 ans, concierge, entre le 23 octobre 1905, dans le service du Dr Hartmann.

Les premiers troubles dyspeptiques datent de 12 ans. Au cours d'une période de 28 jours, le malade ressent des *douleurs* au creux épigastrique, très vives, qui se calment spontanément, et disparaissent pendant deux ans, pour reprendre ensuite par période.

Depuis 1903, elles sont continues, elles siègent au creux épigastrique et surtout à l'hypocondre gauche, tardives après les repas, elles sont très vives et obligent le malade à se tenir courbé en avant. Elles prennent enfin le caractère perforant. Avec cela jamais de vomissements ni aqueux ni alimentaires, mais seulement une constipation assez accentuée.

En février 1903, survient, à la suite d'une purgation, une hématomose noire.

En juillet de la même année il consulte le Dr Mathieu ; on lui fait des lavages de l'estomac et une fois on retire des aliments ingérés quatre jours auparavant (haricots). Le Dr Mathieu l'adresse à M. Hartmann.

Examen avant l'opération. — Localement : l'épigastre est ballonné. A la palpation on provoque une sensibilité diffuse avec défense de la paroi. L'estomac descend jusqu'à l'ombilic à jeun ; après une insufflation modérée il déborde l'ombilic d'un travers de doigt et est très dilaté transversalement.

OPÉRATION, 27 octobre 1903 (Dr HARTMANN). — Epaissement notable au voisinage du pylore et adhérences du pylore à la face inférieure du foie. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 17 mois, bonnes. Plus de douleurs, plus de constipation, malgré le retour au régime commun. Une fois cependant crise douloureuse assez intense, tardive, après un repas copieux, accompagnée de régurgitations acides.

31 mars 1907 : EXAMEN. — Bon état général.

Localement : à jeun l'estomac ne dépasse pas 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait il clapote jusqu'à 2 centimètres au-dessous. Une insufflation modérée donne les mêmes limites. Insufflation maxima : 12 poires.

Exploration gastrique à jeun. — Avant l'opération, 140 centimètres cubes de liquide avec nombreux aliments. Réaction de HCl.

31 mars 1907 : 43 centimètres cubes de liquide avec bile abondante ; pas d'acide chlorhydrique ; pas de débris alimentaires.

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 137. H : 73. C : 97. H + C : 170. T : 328. F : 158.

31 mars 1907 : A : 65. H : 0. C : 21. T : 232. F : 261.

Capacité digestive : excellente. Régime commun avec vin et quelques apéritifs. Cependant un écart un peu considérable a entraîné une crise douloureuse.

Capacité professionnelle : bonne. D'ailleurs travail peu pénible.

OBS. 44. — *Sténose pylorique par ancien ulcère en anneau autour du pylore.*
— *Gastro-entérostomie en Y* (par le Dr GOSSET). — *Suites médicales : 15 mois, bonnes sans être parfaites. Apparition du SYNDROME SECONDAIRE au moindre excès alimentaire ; excitation gastrique marquée.*

L... François, 42 ans, employé à la Compagnie du gaz, entre en novembre 1905 dans le service du professeur Terrier.

A l'âge de 25 ans apparaissent à la suite d'excès éthyliques des *douleurs* tardives après les repas, accompagnées de *régurgitations* aqueuses, et de débâcles diarrhéiques. Ces phénomènes se montrent par crises très espacées au début.

A l'âge de 29 ans, en 1894, lors d'une crise le malade vomit du sang : première *hématémèse*.

En 1900, la douleur prend le caractère transfixiant, le malade provoque lui-même le rejet de ses aliments pour la calmer. Il a une seconde *hématémèse*.

En 1904 enfin les vomissements deviennent quotidiens, il ne peut plus s'alimenter, et sur les conseils du Dr Letulle il se décide à se faire opérer (1905).

Examen avant l'opération (Dr GOSSET). — Malade très amaigri. On constate un ballonnement épigastrique, avec contractions péristaltiques, l'estomac est abaissé, mais surtout dilaté. Il descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il contient à jeun une quantité notable de liquide avec stase.

L'état de dénutrition est tel que par le gavage journalier on essaie de remonter le malade. Il gagne en effet en trois semaines 4 kil. 500.

OPÉRATION, 25 novembre 1905 (Dr GOSSET). — On constate un ulcère induré faisant le tour du pylore et formant une tumeur du volume d'une noix. Adhérence à la vésicule biliaire. Gastro-entérostomie postérieure en Y.

Suites immédiates : excellentes, bien que les deux premiers lavages aient ramené un peu de sang.

Suites éloignées : 15 mois, moins bonnes. En général le malade est bien. Mais à quatre reprises il a présenté une crise *douloureuse* assez intense, survenant tardivement après le repas. Il n'y eut toutefois ni vomissement, ni retour de la constipation. Remarquons d'ailleurs que le malade a gardé un régime relativement bon : il ne prend pas de vin, et le lait entre pour une grosse part dans son alimentation.

7 mars 1907 : EXAMEN. — Bon aspect. Poids, gain : 20 kilos depuis l'opération.

Localement : l'estomac est resté grand (examen incomplet).

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 283. H : 98. C : 110. H + C : 208. T : 323. F : 152.

7 mars 1907 : A : 323. H : 66. C : 263. H + C : 329. T : 511. F : 182.

Tubage à jeun. — Avant l'opération : 100 centimètres cubes de liquide avec stase.

Après l'opération : 125 centimètres cubes de liquide, sans débris alimentaires, très acide : A : 304, très riche en HCl libre (7 mars 1907).

Capacité digestive : bonne. Mais régime spécial.

Capacité professionnelle : bonne. Le malade a maintenant un travail peu pénible, allumeur de réverbères et concierge à la Compagnie du gaz : il travaille 6 heures par jour. Il le fait sans fatigue.

OBS. 45. — *Ulcus et sténose*. — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr SOULIGOUX). — *Suites médicales* : 18 mois, bonnes, mais non parfaites.

SYNDROME SECONDAIRE esquissé dès le moindre écart alimentaire. Régime défectueux.

C... Ch., 40 ans, employé du Métropolitain, entre à Lariboisière, chez le Dr Souligoux, en novembre 1905.

Les premiers troubles dyspeptiques datent d'il y a 15 ans. A cette époque à la suite d'excès éthyliques, le malade ressentait de temps à autre, 3 heures après ses repas, des douleurs intenses à l'épigastre. Il les calmait en provoquant un vomissement.

En 1902, ces troubles prennent une intensité considérable. Il ne souffrait pas, à proprement dire, mais 4 à 5 heures après son repas il sentait des gorgées d'eau chaude, acide, lui remonter à la bouche à plusieurs reprises. Il les crachait. Puis, très tardivement il avait un vomissement alimentaire, et il était soulagé. En même temps il est très constipé.

Ces troubles se montrent par périodes jusqu'en 1904 où, lors d'une crise, il reconnaît du sang noir en quantité notable dans ses selles : *melæna*.

En 1905, les vomissements deviennent quotidiens, et de plus le malade éprouve des douleurs intenses, tardives et présentant le caractère transfixiant. Il se décide à se faire opérer.

OPÉRATION, 28 novembre 1905. — *Gastro-entérostomie postérieure régulière*. Ulcus et sténose.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 18 mois, bonnes. Le malade n'a plus de vomissements, plus de douleurs vraies. Cependant il a ressenti quelques tiraillements à l'épigastre, tardifs après les repas. Il les attribue à la cicatrice qui pourtant n'est pas douloureuse. Il est de plus resté très constipé. Il ne suit d'ailleurs aucun régime, il boit du vin coupé d'eau, mais a renoncé à l'alcool et aux apéritifs.

21 avril 1907 : EXAMEN. — Malade d'assez bon aspect ; il est cependant resté maigre bien qu'il ait gagné 12 kilos depuis l'opération. Il n'a d'ailleurs pas atteint son poids de bonne santé (Lors de l'opération : 60 kilos. En bonne santé : 82. Aujourd'hui : 72).

L'estomac à jeun atteint l'ombilic. Après 20 centimètres cubes de lait, clapote à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic (resté grand).

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 144. H : 8. C : 161. H + C : 169. T : 344. F : 175.

21 avril 1907 : 60'. A : 98. H : 36. C : 96. H + C : 132. T : 226. F : 130.
120'. A : 77. H : 59. C : 118. H + C : 177. T : 380. F : 262.

A jeun, avant l'opération : abondante stase.

21 avril 1907 : épreuve des carottes négative.

Capacité digestive : bonne.

Capacité de travail : bonne. Travaille 10 heures par jour comme employé au Métropolitain.

OBS. 46. — *Perforation gastrique, ulcus calleux en évolution. — Suture de la perforation* (Dr LAUNAY). — *Suites médicales : 2 ans, bonnes, à la condition de suivre le régime.*

V..., mécanicien, 53 ans, fait des excès alcooliques depuis 25 ans. Il commence à souffrir de l'estomac en 1903.

A ce moment, apparaissent par crise des douleurs au creux épigastrique, sans irradiation, très vives, à se rouler à terre, à se tenir courbé en deux, elles se montrent deux heures après le repas. En même temps il est constipé, mais ne vomit pas.

Vers le mois de mars 1905, les douleurs deviennent plus vives. Cependant elles se calment et le malade peut reprendre son travail.

Le 6 décembre 1905 : le matin il prend un purgatif (sulfate de soude), se rend ensuite travailler. Toute la matinée il éprouve des douleurs extrêmement vives ; à midi il ne prend que du lait et des œufs. Il rentre à l'atelier, quand subitement il ressent dans la partie gauche de l'épigastre une douleur « terrible », dit-il ; la respiration devient difficile, il a des syncopes. On le conduit immédiatement à l'hôpital St-Antoine. Le Dr Launay venu pour une opération d'urgence l'examine, il diagnostique une perforation, et tente immédiatement l'intervention sur le désir du malade.

OPÉRATION, 6 décembre 1905 (Dr LAUNAY). — On trouve au niveau de la paroi antérieure de l'estomac près de la petite courbure une perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Elle répond à un ulcère calleux de la largeur d'une pièce de deux francs. On suture la perforation.

Suites immédiates : excellentes. Mais les douleurs persistent ainsi que la constipation. On l'adresse alors au Dr Parmentier. Il suit ensuite fidèlement son régime et bientôt tous ses troubles s'améliorent, il n'a plus qu'un peu de pesanteur 2 heures après le repas.

Suites tardives : jusqu'à janvier 1907, continuation de l'amélioration, bien que le malade prenne un peu de viande, et de temps à autre un peu de vin blanc coupé d'eau, tout en conservant le lait comme boisson ordinaire.

19 janvier 1907 : EXAMEN. — Bon aspect. Estomac non douloureux, n'atteint pas l'ombilic même après la prise de 200 centimètres cubes de liquide.

CHIMISME. — Un mois après l'opération : A : 252. H : 12. C : 219. H + C : 231. T : 384. F : 153.

19 janvier 1907 (13 mois après) : A : 238. H : 63, C : 219. H + C : 282. T : 530. F : 248.

A jeun, 70 centimètres cubes de liquide sans débris alimentaires, riche en HCl libre.

Un examen ultérieur ne ramène que 10 centimètres cubes de liquide achlorhydrique (1907).

Capacité digestive : médiocre. Doit surveiller sa nourriture (la reprise d'un peu de vin semble avoir provoqué une légère augmentation de l'hyperpepsie).

Capacité de travail : excellente, 10 heures par jour comme ajusteur.

OBS. 47. — *Sténose pylorique par ulcus avec périgastrite*. — *Gastro-entérostomie antérieure avec entéro-anastomose* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 15 mois, satisfaisantes à la condition de suivre un régime sévère. SYNDROME SECONDAIRE au moindre écart de régime.

Sch. . . , 42 ans, employé de chemin de fer, entre salle Civiale dans le service du Dr Hartmann le 23 novembre 1905.

Les premiers troubles digestifs datent d'il y a 3 ans 1/2. Ce sont d'abord des douleurs au creux épigastrique, s'irradiant en broche entre les épaules. Très vives, elles se montrent 2 à 3 heures après les repas. Elles s'accompagnent de vomissements aqueux spontanés, et bientôt de vomissements alimentaires spontanés, parfois provoqués par le malade et calmant la douleur. Enfin, il s'y joint une constipation opiniâtre.

Ces phénomènes se montrent par périodes d'abord très espacées, puis les crises douloureuses deviennent plus fréquentes, plus intenses, et le malade consent à être opéré.

Examen avant l'opération. — Etat général assez bon, malgré un amaigrissement de 7 kilos.

Localement : pas de tuméfaction, pas de mouvements péristaltiques. L'estomac est grand : 3 heures 1/2 après un déjeuner il clapote tant à droite qu'à gauche de la ligne médiane jusqu'à la ligne bi-iliaque. Tubage à jeun, ramène du liquide de stase.

OPÉRATION, 4 décembre 1905 (Dr HARTMANN). — On constate une vascularisation intense de toute la région pylorique et juxta-pylorique. Au palper on sent une induration de la largeur d'une pièce de 5 francs. Les adhérences entre le côlon transverse et son méso rendent impossible la gastro-entérostomie postérieure : on pratique une gastro-entérostomie antérieure précolique à laquelle on adjoint une entéro-anastomose (Dr Hartmann).

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 15 mois, bonnes, le malade n'ayant plus de grandes douleurs, plus de vomissements, plus de constipation en général. Cependant de temps à autre à la suite de repas trop copieux, il accuse 2 à 3 heures après un repas une douleur à l'hypocondre gauche s'étendant jusqu'à l'omoplate

du même côté. En même temps le malade est de nouveau constipé. Un peu de mise au repos de l'estomac, suivie d'une prise d'huile de ricin calme ces troubles, qui sont légers en comparaison de l'état antérieur à l'opération.

31 mars 1907 : EXAMEN. — Bon état général. Poids : 60 kilos au lieu de 51 kilos.

Localement : l'estomac est resté très grand : à jeun il clapote jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait, ou après une légère insufflation il atteint encore la ligne bi-iliaque.

EXPLORATION GASTRIQUE : CHIMISME. — 1 heure après repas d'épreuve.

Avant l'opération : A : 259. H : 101. C : 141. H + C : 242. T : 402. F : 160.

31 mars 1907 : A : 226. H : 87. C : 117. H + C : 204. T : 408. F : 204.

A jeun, avant l'opération : très grande quantité de liquide de stase.

31 mars 1907 : 40 centimètres cubes de liquide achlorhydrique, *bilieux* sans débris alimentaires.

Capacité digestive : bonne. Il surveille cependant son alimentation ; prenant peu de viande, beaucoup de potage et d'œufs.

Capacité de travail : 8 heures 1/2 de travail de bureau par jour.

OBS. 48. — *Sténose du pylore à la suite d'ulcère.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (par le Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 15 mois, *excellentes malgré l'absence de régime.*

Aug..., 43 ans, cimentier, entre le 26 novembre 1905 dans le service du Dr Hartmann.

Dès sa jeunesse il ressentait, très rarement d'ailleurs, des douleurs à la suite des repas, douleurs qu'il appelait coliques, et il était constipé. Mais c'est le 14 août 1904 que sans cause apparente, subitement, 4 heures après son déjeuner se montrent des *douleurs* extrêmement vives dans la région ombilicale, douleurs qui se répètent chaque jour pendant deux mois.

A ce moment il a des pituites et des renvois d'eau et de gaz de goût mauvais.

En janvier 1905, survient une diarrhée qui persiste pendant 3 semaines. La diarrhée cesse, elle est remplacée, semble-t-il, par des vomissements, vomissements apparaissant plus ou moins longtemps après les repas ; d'abondance variable ils sont « copieux », lorsqu'ils se montrent très tardivement après le repas, surtout lorsqu'ils surviennent le matin à jeun. Ils sont aqueux et alimentaires, et souvent ils renferment des aliments ingérés les jours précédents.

A cette époque il n'éprouve que des douleurs légères : ce sont de simples pesanteurs survenant une heure après le repas. La persistance des vomissements et l'incapacité de travail qui en résulte décident le malade à accepter l'opération.

Examen avant l'opération. — Malade amaigri. Poids : 57 kil. 500 au lieu de 70 kilos poids habituel.

Localement : pas de tumeur, pas de mouvements péristaltiques. L'estomac est grand, il clapote à jeun jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

OPÉRATION, 8 décembre 1905 (D^r HARTMANN). — La région pylorique est le siège d'un rétrécissement fibreux manifeste avec tractus fibreux s'étendant au péritoine voisin. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 15 mois, excellentes. Plus de douleurs ni de vomissements ; plus de constipation et cela malgré la reprise du régime commun.

31 mars 1907 : EXAMEN. — Bon aspect : il pèse actuellement 68 kilos avec un gain de 11 kilos depuis l'opération, sans cependant atteindre encore son poids de bonne santé.

Localement : à jeun l'estomac atteint l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait il le déborde de 2 centimètres. L'insufflation est pénible, l'estomac est intolérant à la 5^e poire.

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 237. H : 37. C : 182. H + C : 219. T : 394. F : 175.

Après l'opération (15 mois après) : A : 137. H : 30. C : 95. H + C : 125. T : 358. F : 233.

A jeun, tubage. Avant l'opération : 210 centimètres cubes de liquide chlorhydrique avec abondants débris alimentaires.

Après l'opération (2 ans) : 60 centimètres cubes de liquide chlorhydrique, sans bile, avec quelques débris alimentaires.

Capacité digestive : excellente.

Capacité de travail : bonne. Le malade a cependant abandonné le métier de cimentier, pour celui de cantonnier moins pénible.

OBS. 49. — *Pylorisme lié à un ulcère. — Gastro-entérostomie postérieure* (par les D^{rs} SCHWARTZ et RICHE). — *Suites médicales* : 15 mois, relativement bonnes. SYNDROME SECONDAIRE atténué, sous l'influence d'écarts de régime.

M. B. M..., 45 ans, tourneur sur bois, entre dans le service de M. le D^r Schwartz, à l'hôpital Cochin, fin de novembre 1905.

En 1892, débute les premiers troubles digestifs, à la suite d'excès considérables d'alcool. Subitement le malade ressent une douleur à l'épigastre et au voisinage de l'ombilic, extrêmement vive, au point qu'il fallut le transporter chez lui ; cette première douleur persista 2 heures, puis reprit après le repas suivant. Elle dura près de 2 mois, le malade devant garder le lit et se mettre au régime lacté. Aucun autre trouble. Elle disparut enfin, et de 1892 à 1896, il ne ressentit rien d'anormal.

En 1898, à l'occasion de fatigues et d'ennuis graves, reprise des douleurs à l'épigastre, s'irradiant en ceinture jusque dans le dos, sans être perforantes. Surviennent 2 heures après le repas et s'accompagnent de régurgitation d'eau jaunâtre et acide qu'il expectore par « bouchées », selon son expression.

Soigné chez le Dr Hayem il s'améliore, mais un mois après sa sortie les mêmes troubles reprennent et continuent de 1898 à 1903 s'exagérant par paroxysmes, se calmant par périodes.

En 1903, après une fièvre typhoïde soignée par la quinine, reprise de douleurs aiguës.

En 1905 enfin ces douleurs deviennent *perforantes*, elles sont continues, conservent les caractères précédemment décrits ; il a des régurgitations et est très constipé ; après un séjour à la Pitié, sans amélioration, le malade demande lui-même à M. Schwartz d'être opéré.

Examen avant l'opération, 27 novembre 1905 (Dr PARMENTIER, auquel M. SCHWARTZ adresse le malade pour l'examiner). — Malade amaigri, fatigué. Estomac grand, clapotant au-dessous de l'ombilic. Hyperchlorhydrie et hypersécrétion. Diagnostic : gastro-sucorrhée avec ulcus probable.

OPÉRATION, 9 décembre 1905 (Dr SCHWARTZ et RICHE). — *Suites immédiates* : pénibles. Vomissements répétés pendant 6 jours. On fait des lavages d'estomac ; à l'un d'eux la sonde retire du sang noir. Puis amélioration rapide, le malade va à Vincennes en convalescence.

Suites éloignées : de fin 1905 à mai 1907. Pendant toute l'année 1906, aucun trouble, sauf des fringales parfois pénibles. Pendant tout ce temps, il surveille sa nourriture.

Mais peu à peu, il se remet au régime commun, prend un peu de vin et fait un travail pénible ; il en résulte à la fin de 1906 des *douleurs* se montrant 3 à 4 heures après ses repas, assez intenses parfois pour rappeler les crises passées. Il n'a plus par contre de régurgitations, ni de constipation.

13 janvier 1907 : EXAMEN. — Malade d'aspect encore fatigué.

Localement : on constate une éventration au niveau de la cicatrice. La pression est douloureuse en un point situé à la partie supérieure de l'épigastre. L'estomac est grand, il déborde l'ombilic à jeun ; après l'absorption de 200 grammes de lait, ou après une insufflation modérée, il atteint un travers de doigt et demi au-dessous de l'ombilic. Pas de ptose gastrique. Pas de ptose rénale.

EXPLORATION GASTRIQUE. CHIMISME. — Avant l'opération : A : 312. H : 216. C : 124. H + C : 340. T : 449. F : 109.

Un mois après l'opération : A : 140. H : 29. C : 132. H + C : 161. T : 365. F : 204.

Un an après : A : 182. H : 44. C : 141. H + C : 185. T : 380. F : 195.

A jeun, depuis l'opération, on trouve à chaque examen de 40 à 100 centimètres cubes de liquide chlorhydrique, sans aliments, avec bile.

Revu en avril 1907. — A la suite du régime, disparition des douleurs. Nutrition certainement améliorée.

Capacité digestive : moyenne. Régime ordinaire provoquant des douleurs.

Capacité de travail : bonne. Cependant la fatigue exagère les troubles digestifs.

OBS. 50. — *Sténose par brides. — Gastrite médicamenteuse. — Gastro-entérostomie postérieure avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire* (D^r GOSSET). — *Suites médicales : 14 mois, bonnes malgré absence de régime.*

B... Gabriel, 35 ans, garçon de laboratoire, entre le 8 décembre 1905 dans le service du D^r Terrier.

Les premiers troubles digestifs sont apparus récemment à la suite d'une crise de rhumatismes articulaires aigus, soignée par le salicylate de soude à haute dose ; en octobre 1905, le malade ressent une heure et demie après un repas une douleur au creux épigastrique s'irradiant dans le dos en broche très vive. Elle est accompagnée bientôt de vomissements alimentaires, qui la calment.

On supprime le salicylate, et cependant douleurs et surtout vomissements continuent ; ceux-ci même deviennent incoercibles, suivant toute tentative alimentaire, même à la sonde (essais de gavage à la sonde). On supprime toute alimentation autre qu'un peu de champagne ? et on lui fait chaque jour une injection de sérum. Après deux mois de ce régime, une tentative d'alimentation provoque de nouveau des vomissements. On décide alors l'intervention.

Il faut noter toutefois que ce malade très nerveux a présenté un an auparavant une ictus suivi d'une hémiplegie gauche avec abolition de la parole, qui guérit en trois semaines. Il n'en reste aucune trace (réflexes normaux). Comme cause, on ne signale que l'intensité des vomissements !

Examen avant l'opération (D^r Gosset). — L'estomac descend à jeun jusqu'à l'ombilic. L'exploration à la sonde à jeun ne ramène rien.

OPÉRATION, 20 décembre 1905 (D^r Gosset). — Tout le pylore et la première portion du duodénum adhérent à la face inférieure du foie dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Le pylore lui-même paraît sain. Gastro-entérostomie postérieure von Hacker régulière.

Suites immédiates : mauvaises. Le jour même et le lendemain deux hématomés noirs. Puis vomissements bilieux répétés. On décide une seconde intervention.

18 janvier 1906. — Jéjuno-jéjunostomie complémentaire (D^r Gosset). On constate un certain degré de dilatation du bout ascendant de l'intestin anastomosé.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 14 mois, bonnes. Mais il persiste une pesanteur après les repas, avec bouffées congestives à la figure.

7 mars 1907 : *EXAMEN*. — Bon aspect. Mais il est resté avec un poids un peu inférieur à celui qu'il avait étant en bonne santé, il a cependant gagné 16 kilos depuis l'opération.

L'estomac à jeun : ne dépasse pas un travers de doigt et demi au-dessus de l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait, il n'atteint pas l'ombilic.

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 36. H : 0. C : 64 : T : 246. F : 182.

7 mars 1907 : A : 93. H : 0 : C : 50. T : 262. F : 212.

Tubage à jeun. — Après l'opération (7 mars 1907), 70 centimètres cubes de liquide sans HCl libre, sans débris alimentaires. Avec bile abondante.

Capacité digestive : excellente. Le malade prend le régime commun, y compris le vin.

Capacité de travail : très peu de travail (garçon au Muséum) le fait sans fatigue.

Obs. 51. — *Sténose cicatricielle du pylore consécutive à l'ingestion de caustique.* — *Gastro-entérostomie postérieure en Y* (par le Dr GOSSET). — *Suites médicales* : 15 mois, excellentes malgré un régime médiocre.

P..., 57 ans, chaisier, entre au début de janvier 1906 dans le service du professeur Terrier.

Ethylisme avéré, il ressent depuis quelques années des fringales, mais n'a jamais eu de véritables douleurs, lorsque le 3 novembre 1903 il avale un quart de verre d'acide nitrique. Il vomit immédiatement, on le conduit à l'hôpital St-Antoine, où après 15 jours il demande à aller en convalescence.

C'est à l'asile de Vincennes, trois semaines après l'accident, que se montrent les premiers vomissements, vomissements tardifs, survenant deux heures après les repas. Ils sont très abondants, ils contiennent plus de liquide que le malade n'en a absorbé. Il n'y a pas de douleurs ; mais la constipation est opiniâtre et les urines rares. Le malade s'alimente de moins en moins, il n'a pas d'appétit ; il maigrit considérablement, il perd 7 kilos en six semaines.

De retour à St-Antoine, il demande lui-même à être opéré. Un tubage pratiqué à jeun a ramené près de 1.500 grammes de liquide avec de nombreux débris alimentaires : le diagnostic de sténose pylorique cicatricielle s'impose, on adresse le malade au Dr Gosset.

OPÉRATION, 14 janvier 1906 (Dr GOSSET). — *Gastro-entérostomie en Y.* Sténose cicatricielle du pylore.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 15 mois, bonnes. Plus de vomissements, plus de constipation. L'appétit est excellent. Il ne persiste qu'un certain degré de dysphagie pharyngée, en rapport avec des cicatrices résultant de l'ingestion du caustique.

17 février 1907 : EXAMEN. — Le malade a depuis plusieurs mois un rhumatisme subaigu. Malgré ses douleurs, il est assez bien portant, il a gagné un nombre notable de kilos.

Localement : l'estomac est resté grand, après une insufflation modérée (3 poires) il dépasse l'ombilic de deux travers de doigt.

Exploration à jeun : la sonde ramène 50 centimètres cubes de liquide non bilieux et sans débris alimentaires.

CHIMISME. — 60' après le repas d'épreuve on retire 150 centimètres cubes de liquide dont l'analyse donne les résultats suivants : A : 46. H : 0. C : 102. T : 321. F : 219.

Capacité digestive : bonne.

Capacité de travail : le malade est empêché de travailler par l'attaque de rhumatismes qui persiste encore.

OBS. 52. — *Ulcus avec hyperpepsie et hypersécrétion. — Gastro-entérostomie en Y* (par le Dr J.-L. FAURE). — *Suites médicales : 14 mois, assez bonnes.*
SYNDROME SECONDAIRE dès le moindre écart de régime et lors de fatigue.

Mlle J..., 23 ans, femme de chambre, entre dans le service de M. J.-L. Faure pour vomissements survenant tous les jours.

Réglée à 15 ans ; au bout de quelques mois les règles se suppriment ; la malade devient très anémique, on lui donne des préparations ferrugineuses, les règles se rétablissent à 18 ans. Depuis cette époque, elle est régulièrement réglée, mais elle a quelques pertes blanches.

Déjà avant ces accidents de la puberté, la malade avait présenté des phénomènes gastriques. Quelques mois avant d'être réglée, à l'âge de 14 ans, elle est prise de crises d'intolérance gastrique, caractérisées par des vomissements alimentaires survenant brusquement après les repas. Quelques mois après apparaissent des hématomèses : un matin la malade vomit quelques caillots de sang noirâtre ; les jours suivants les hématomèses se reproduisent petites, fractionnées, se répétant jusqu'à 6 fois dans la journée, le matin et dans l'après-midi. Au bout d'une dizaine de jours, ces hématomèses se calment, mais les phénomènes d'intolérance gastrique persistent sous forme de vomissements alimentaires, survenant brusquement 10 minutes après les repas. Puis de petites hématomèses de sang noir du volume d'une cuillère à un verre, reviennent à intervalles irréguliers, accompagnés de diarrhée et de melæna assez abondant. Cet état persiste pendant 3 ans.

A la fin l'intolérance gastrique est absolue, le lait est vomi caillé, les crises diarrhéiques sans melæna deviennent fréquentes, la malade maigrit, devient très anémique, tout travail devient impossible et elle doit rester au lit.

Sous l'influence du repos, ces phénomènes se calment et vers l'âge de 18 ans la malade est bien portante. C'est alors qu'elle reprend son métier de femme de chambre.

Un jour, à la suite d'une fatigue, *hématomèse* d'environ un verre. La malade est mise au repos absolu et on lui fait des pansements bismuthés.

Elle reprend son travail de femme de chambre, mais l'intolérance gastrique continue, les vomissements toujours purement alimentaires surviennent 10 minutes à une heure après chaque repas. Cet état persiste depuis près de quatre ans. Depuis trois semaines, la malade se fatiguant davantage, les vomissements se répètent et augmentent, la malade est admise en chirurgie salle Dolbeau.

Etat actuel, 11 janvier 1906. — La malade n'est pas très amaigrie, les joues et les muqueuses sont colorées.

Estomac. — Le thorax est étroit à la base et la région épigastrique est fortement déprimée, les battements aortiques sont visibles. La palpation ne réveille qu'une douleur peu vive. A la percussion, l'estomac paraît petit. Les battements aortiques sont perçus avec une grande intensité.

Signes fonctionnels actuels : la malade se plaint d'une *douleur* constante au creux épigastrique, exagérée par les aliments ou liquides de quelque nature qu'ils soient. C'est une sensation de serrement avec ballonnement sans jamais présenter le caractère transfixiant.

Les *vomissements* sont purement alimentaires, très acides, très abondants au point que la malade se demande elle-même si elle n'a pas vomi plus qu'elle n'a pris. Ils commencent de 1 à 10 minutes après le repas et se répètent jusqu'à 8 et 10 fois pendant deux ou trois heures. Jamais de renvois acides. Habituellement elle a de la diarrhée le matin, 3 ou 4 selles toujours liquides. L'appétit est exagéré, les fringales fréquentes, la soif est extrêmement vive. Céphalée intense, somnolence, pas de vertige, battements de cœur fréquents.

OPÉRATION, 20 janvier 1906 (J.-L. FAURE). — Gastro-entérostomie en Y.

Suites opératoires régulières.

La malade revient et est tubée à nouveau avant de partir pour la campagne.

Suites immédiates : pendant quatre jours vomissements incessants, bien que la malade ne prenne rien. Le cinquième jour les vomissements cessent définitivement.

Suites éloignées : 13 mai, assez bonnes. Cependant chaque fois que la malade tente de manger un peu plus que de coutume elle ressent une douleur épigastrique assez intense, tardive après le repas. A quatre reprises elle a présenté des vomissements, vomissements alimentaires en général assez précoces après les repas. La cause semble être un écart de régime et la fatigue. Enfin elle a conservé une diarrhée modérée, 4 selles par jour, mais s'exagérant dans les mêmes conditions.

15 janvier 1907 : EXAMEN. — Bon état général : la malade a notablement engraisé, elle a gagné plus de 30 kilos. Elle est cependant restée anémique, on constate les souffles anémiques au niveau des vaisseaux du cou.

Localement : la palpation de l'épigastre n'est pas douloureuse.

A jeun, l'estomac atteint à peine l'ombilic.

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 203. H : 11. C : 222. H + C : 233. T : 384. F : 153,

Après l'opération immédiatement, 17 février 1906 : A : 154. H : 4. C : 154. H + C : 158. T : 292. F : 138.

Un an après (15 janvier 1907) : A : 107. H : 0. C : 168. T : 306. F : 138.

A jeun, aucun examen ne ramène de liquide.

Capacité digestive : elle prend en partie le régime commun, mais souvent, si elle ne se surveille pas, elle éprouve des troubles dyspeptiques.

Capacité de travail : elle remplit ses fonctions de femme de chambre, souvent avec peine. La fatigue, avec les écarts de régime, constitue la principale cause des troubles digestifs.

OBS. 53. — *Pylorisme consécutif à une gastrite éthylique. — Ulcère. — Gastro-entérostomie postérieure* (D^r HARTMANN). — *Suites médicales* : 14 mois, bonnes, mais non parfaites. SYNDROME SECONDAIRE atténué en rapport avec des écarts de régime.

G... , 37 ans, dessinateur, est adressé par le D^r Mathieu à M. le D^r Hartmann en janvier 1906.

Il y a 12 ans que les premiers troubles digestifs sont apparus. A la suite d'excès éthyliques le malade ressent alors des douleurs au creux épigastrique et à l'hypocondre gauche, survenant tardivement après les repas, et suivies de régurgitations aqueuses et acides qui les calment. En même temps il est très constipé.

Depuis 1903, les douleurs à l'hypocondre gauche deviennent plus intenses. Elles prennent le caractère transfixiant, et se montrent 4 à 5 heures après le repas. Elles forcent le malade à prendre la position courbée en deux. Le malade les calme en buvant du lait très chaud, et surtout en se faisant vomir. Ces vomissements provoqués sont alimentaires, ils renferment des aliments de la veille. En plus de ces vomissements alimentaires, les vomissements aqueux persistent plus fréquents que les premiers. Enfin le malade perçoit lui-même souvent un glou-glou au niveau de l'épigastre, longtemps après les repas. Il consulte successivement MM. Soupault et Mathieu qui lui conseillent l'opération.

Examen avant l'opération (D^r HARTMANN). — Bon état général. L'examen de la région épigastrique montre une légère voussure, avec parfois une ondulation péristaltique. La succussion est manifeste. La palpation provoque une douleur à l'épigastre. On croit sentir un noyau mobile, dur et douloureux.

Après insufflation : l'estomac est abaissé. La grande courbure descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La petite courbure est à trois travers de doigt de l'appendice xyphoïde.

L'exploration à jeun à la sonde ramène 300 centimètres cubes de liquide avec débris alimentaires.

OPÉRATION, 29 janvier 1906 (D^r HARTMANN). — Pas d'induration nette au pylore ; mais le péritoine à son niveau, et au niveau de la face antérieure de l'estomac présente un aspect cicatriciel.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : relativement bonnes. Cependant il rend encore de l'eau le matin à jeun ; et assez souvent, à la suite d'excès de nourriture et de vin

il ressent une douleur à l'épigastre très tardive, parfois même ne se montrant qu'immédiatement avant le repas suivant. Plus de constipation. Etat de nervosisme assez marqué.

Le malade suit le régime commun, prenant près de deux litres de vin par jour, et quelques apéritifs.

CHIMISME. — Avant l'opération : A : 76. H : 0. C : 226. H + C : 226. T : 379. F : 153.

31 mars 1907 : A : 186. H : 34. C : 124. H + C : 158. T : 344. F : 186.

Exploration de l'estomac à jeun. — Avant l'opération : 75 centimètres cubes de liquide d'odeur butyrique sans HCl libre : débris alimentaires peu nets.

31 mars 1907 : 30 centimètres cubes de liquide achlorhydrique, sans débris alimentaires, présence de bile.

31 mars 1907 : EXAMEN. — Bon état général.

Localement : la pression à l'épigastre provoque une douleur très limitée, l'estomac à jeun n'atteint pas l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait, il clapote jusqu'à l'ombilic. L'insufflation est pénible, l'estomac réagit à la 5^e poire.

Capacité digestive : bonne.

Capacité de travail : bonne. Le malade a un travail peu pénible : dessinateur.

Obs. 54. — *Ulcère ayant provoqué une biloculation de l'estomac.* — Double gastro-entérostomie antérieure (prof. TERRIER). — Suites médicales : 1 an et 1 mois. SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie sous la dépendance d'un régime défectueux.

Mme B..., 34 ans, ménagère, entre en janvier 1906 à la Pitié dans le service du professeur Terrier.

En 1893, étant à Paris depuis un an, sans autre cause qu'une grande fatigue, la malade ressent une *douleur* très vive, à crier, au creux épigastrique, s'irradiant dans le dos en *broche*, survenant soit immédiatement, soit 2 heures après le repas. En même temps elle avait des *réurgitations* d'eau acide, à plusieurs reprises. D'autres fois elle se provoquait un *vomissement* alimentaire pour se soulager. *Constipation* opiniâtre.

Ces phénomènes surviennent par crises, toutes les 3 semaines, à la suite de fatigues et continuent pendant 10 ans, augmentant en nombre et surtout en durée.

En 1902, *hématémèse*, elle rend un caillot rouge à la suite d'une crise de vomissements.

Examen à l'entrée. — En novembre 1905 elle a une crise qui dure 2 mois, douleur perforante intense ; elle se fait vomir chaque jour ; l'alimentation était devenue impossible et l'amaigrissement est notable : 90 au lieu de 115 livres. C'est dans ces conditions qu'elle doit s'aliter et doit être soignée avant son opération. Nervosisme assez grand, irritabilité, crises de larmes.

OPÉRATION, 2 février 1906 (prof. TERRIER). — Gastro-entérostomie antérieure. Ulcère de la petite courbure ayant provoqué une biloculation de l'estomac. Double gastro-entérostomie (TERRIER).

Suites immédiates : excellentes pendant 3 mois, pas un vomissement.

Suites plus éloignées : 1906 à 1907. La malade ne suivant aucun régime, et mangeant de tout sans aucune sélection (viandes, café avec rhum, etc.), est prise 4 mois après l'opération de *vomissements* bilieux répétés et le dernier ramène un caillot de sang rouge ; *hématémèse*. Depuis cette époque, toutes les 5 à 6 semaines elle a des *vomissements* spontanés. Il y a 5 semaines, elle a ressenti deux jours de suite une *douleur* au creux épigastrique, sans irradiation. En même temps que les vomissements, se montrent des douleurs légères mais tardives après les repas, et des selles plus difficiles.

13 mars 1907 : EXAMEN. — Pas de douleurs en ce moment, pas de vomissements depuis un mois ; appétit assez bon. Cependant la malade a plutôt maigri depuis l'opération. Plus de constipation.

Estomac grand, déborde de un travers de doigt l'ombilic. Après 120 centimètres cubes de lait il clapote à deux travers de doigt au-dessous.

CHIMISME. — A jeun : 25 centimètres cubes de liquide *légèrement bilieux*, sans efforts, sans débris alimentaires, achlorhydrique. Après repas d'épreuve (60') on retire 50 centimètres cubes de liquide bien émulsionné. A : 67.

H : 0. C : 37. T : 336. F : 229. $\frac{T}{F} : 1,1$.

Capacité digestive : bonne. La malade ne suit aucun régime.

Capacité de travail : femme de ménage, elle travaille 3 heures au dehors, et s'occupe chez elle ; travail qui la fatigue. Elle est moins nerveuse.

OBS. 55. — *Ulcère prépylorique provoquant le syndrome pylorique*. — Gastro-entérostomie postérieure en Y (D^{rs} TERRIER et GOSSET). — *Suites médicales* : un an, médiocres. SYNDROME SECONDAIRE en rapport avec un régime *défectueux*.

M. G..., 54 ans, cocher, entre en mars 1906 dans le service du professeur Terrier, à la Pitié.

A l'âge de 18 ans surviennent, sans cause autre qu'un léger éthylisme, des douleurs tardives au niveau de l'ombilic, ne s'irradiant pas.

A 25 ans, il vient à Paris et est repris de crises violentes avec cette fois des vomissements aqueux et alimentaires, spontanés et le soulageant. Il est constipé.

Pendant 12 ans, il ne ressent plus rien, mais l'année dernière il est repris de violentes douleurs, de vomissements aqueux, alimentaires, rendant même le lait. Il maigrit notablement : de 12 livres en 3 semaines.

C'est dans cet état qu'il est envoyé à M. Gosset.

A son entrée il vomissait tout, souffrant de violentes douleurs qui ne présentaient pas le caractère perforant.

OPÉRATION, 13 mars 1906 (MM. TERRIER et GOSSET). — Gastro-entérostomie en Y. On constate un ulcère ancien cicatrisé en avant du pylore.

Suites immédiates : bonnes, pas un seul vomissement.

Suites plus éloignées : le malade ne suivant aucun régime, mangeant de tout, sans aucune sélection (viandes, café noir, absinthes), est repris du 4^e au 12^e mois, à plusieurs reprises, de nouvelles *douleurs* tardives, de vomissements aqueux et un peu alimentaires, sans bile, 4 heures après les repas.

13 mars 1907 : EXAMEN. — Un an après l'opération.

Souffre encore de douleurs tardives, et a des vomissements aqueux, sans bile, spontanés.

Etat général : bon cependant. Son poids a augmenté.

L'estomac est grand ; après avoir pris 100 grammes de lait il clapote à un travers de doigt et demi au-dessous de l'ombilic.

CHIMISME. — A jeun : 50 centimètres cubes de liquide très hyperchlorhydrique sans débris alimentaires microscopiques, ni bile.

Après repas d'épreuve : A : 179. H : 95. C : 95. H+C : 190 T : 355. F : 175.

Capacité digestive : médiocre, il mange de tout, mais souffre après ses repas.

Capacité de travail : est cocher et son travail est assez pénible.

OBS. 56. — *Ulcère calleux de la petite courbure*. — Gastro-entérostomie postérieure (par le Dr HARTMANN). — *Huit mois plus tard décédé de congestion pulmonaire*. — *Suites médicales* : 8 mois, relativement bonnes. SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie à l'occasion d'un régime défectueux.

Ler... Eugène, 50 ans, entre dans le service du Dr Hartmann, le 28 mars 1906.

Le début des troubles digestifs remonte à une dizaine d'années. Ce furent tout d'abord des *douleurs*, brûlures vives, se montrant tardivement après les repas. Puis elles s'accompagnent de *réurgitations* aqueuses et de *vomissements* provoqués par le malade pour se soulager ; enfin la constipation est opiniâtre.

Ces troubles se montrent par périodes, séparées par des accalmies.

Il y a 3 ans, au milieu d'une crise le malade reconnaît du sang dans ses gardes-robes : *melæna*.

Récemment enfin les douleurs étant plus vives, les vomissements incessants, le malade consent à se faire opérer.

OPÉRATION, avril 1906 (Dr HARTMANN). — Ulcère calleux de la petite courbure. Gastro-entérostomie postérieure précolique.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 8 mois, relativement bonnes. Les douleurs et les vomissements ont cessé. Cependant de temps à autre à l'occasion de l'absorption d'un peu de vin il ressentait un tiraillement au creux épigastrique, deux heures après son repas, et en même temps il avait une régurgitation d'eau acide.

En décembre 1906, le malade rentra à Lariboisière, salle Rabelais, pour une congestion pulmonaire, dont il meurt le 25 décembre.

Capacité digestive : limitée.

Capacité de travail : est toujours restée médiocre, jamais le malade n'a pu reprendre son métier.

OBS. 57. — *Dyspepsie avec ulcus probable chez une nerveuse.* — *Gastro-entérostomie en Y* (par le Dr GOSSET). — *Suites médicales* : 11 mois, relativement bonnes. *Régime passable.* Apparition du SYNDROME SECONDAIRE au moindre écart alimentaire.

Mlle D..., 26 ans, couturière, entre en mai 1906 dans le service du professeur Terrier.

C'est en 1900 que se montrent les premières douleurs. Ce sont d'abord des crises douloureuses très intenses siégeant à la région ombilicale et s'irradiant dans les lombes ; elles s'accompagnent de vomissements. Malgré l'absence de troubles urinaires, elles sont qualifiées de coliques néphrétiques.

Puis elles affectent des rapports plus évidents avec les repas. En même temps les vomissements deviennent presque quotidiens, apparaissant soit d'une façon précoce, soit d'une façon tardive après les repas. Ils sont spontanés, ou provoqués par la malade. La constipation persiste très opiniâtre, et les gardes-robes renferment d'une façon habituelle des glaires.

En même temps la malade est très nerveuse, elle est irritable, tantôt elle a des crises de larmes ; tantôt elle est prise de crises de rire. Souvent elle reste triste, isolée, « cultivant des idées noires » dit-elle.

Devant l'insuccès des divers traitements, elle accepte l'opération.

Examen avant l'opération. — Malade très amaigrie, prenant depuis 6 ans une alimentation insuffisante. L'estomac est grand, il clapote après les repas jusqu'à une heure tardive.

OPÉRATION, 18 mai 1906 (Dr GOSSET). — On fait une gastro-entérostomie en Y.

Suites immédiates : médiocres. Pendant 4 jours la malade vomit. A la fin les vomissements prennent l'aspect fécaloïde. Les lavages d'estomac les arrêtent, et la malade peut bientôt s'alimenter.

Suites éloignées : 11 mois. La malade n'a plus de vomissements, ni de grandes douleurs. La constipation cesse définitivement. Cependant à l'occasion d'une grippe, les vomissements reparaissent, et de temps à autre, après une alimentation un peu défectueuse, se montrent d'une façon tardive des crampes au creux épigastrique. Il faut remarquer d'ailleurs que la malade suit un régime approximatif, dont elle ne peut s'écarter sans souffrir.

7 mars 1907 : EXAMEN. — Malade d'assez bon aspect ; son poids actuel est de 53 kilos avec un gain de 2 kilos depuis l'opération. Elle est restée nerveuse, et de temps à autre elle présente des crises de dyspnée avec angoisse, se terminant par une sudation générale abondante. Elle a d'ail-

leurs une circulation périphérique défectueuse : on note un certain degré de cyanose des extrémités.

Localement : à jeun l'estomac atteint l'ombilic ; et après 200 centimètres cubes de lait il le déborde de un travers de doigt.

Le tubage à jeun ramène 20 centimètres cubes de liquide bilieux sans débris alimentaires et achlorhydrique.

Après le repas d'épreuve : la sonde ramène 240 centimètres cubes de liquide bilieux dont l'analyse est la suivante : A : 63. II : 0. C : 60. T : 344. F : 284.

Capacité digestive : moyenne. Régime assez fidèlement suivi.

Capacité professionnelle : la malade travaille 10 heures par jour à la couture sans trop de fatigue.

OBS. 58. — *Sténose légère du pylore à la suite d'ulcère cicatrisé.* — Gastro-entérostomie postérieure (Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 1 an, excellentes. *Régime d'ailleurs bon.*

Mme S..., 69 ans, ménagère, entre en mai 1906 à Lariboisière, chez M. Hartmann.

Dès le jeune âge, alors qu'elle était écolière, la malade avait des crampes très vives. C'était des douleurs siégeant au creux épigastrique, présentant déjà l'irradiation dans le dos, en broche. A l'acmé de la douleur survenaient des vomissements aqueux. Ces crises se montrent par périodes, l'été surtout, en rapport avec l'alimentation (les crudités), accalmies d'une année entière.

De 25 à 34 ans elle ne souffre pas et elle a cinq grossesses sans grands troubles dyspeptiques.

Jusqu'à l'âge de 50 ans elle est même assez bien avec quelques rares crises, peu intenses et très espacées. Cependant de 50 à 66 ans les douleurs et les régurgitations sont peut-être un peu plus fréquentes.

Mais en 1903, à l'âge de 66 ans, à la suite d'une vive frayeur, causée par un coup de corne d'un bœuf, elle a une hématomèse avec lipothymie.

A partir de cette époque elle souffre presque continuellement. Elle a la douleur en broche, douleur tardive s'accompagnant de vomissements alimentaires, le plus souvent spontanés, parfois provoqués par la malade pour calmer la douleur. Son appétit est excellent avec parfois des fringales.

En 1906, autre hématomèse. Les douleurs devenant de plus en plus violentes, la malade entre à Lariboisière.

Examen à l'entrée. — Amaigrissement considérable. Les douleurs et les vomissements sont rapidement calmées par le repos. La palpation profonde réveille une vive douleur à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'estomac est dilaté et descend à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

OPÉRATION, 2 juin 1906 (Dr HARTMANN). — Gastro-entérostomie postérieure. L'estomac présentait sur sa face antérieure immédiatement à gauche

du pylore, partant de la petite courbure une plaque grisâtre d'apparence cicatricielle, avec épaissement scléro-adipeux du petit épiploon, à son niveau. Quelques petits ganglions dans le mésocôlon. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes, aucun incident. Prend des potages, 8 jours après l'opération ; sortie le 24^e jour.

Suites éloignées : une année après, état fonctionnel excellent. Plus aucune douleur ni aucun vomissement.

12 avril 1907 : EXAMEN. — L'estomac à jeun ne clapote pas. Après 100 centimètres cubes de lait, il clapote un peu au-dessous de l'ombilic.

Exploration gastrique à jeun : négative.

CHIMISME (après repas d'épreuve). — Avant l'opération : A : 193. H : 73. C : 98. H + C : 171. T : 316. F : 145 : légère hyperacidité et hyperchlorhydrie.

Après l'opération le tubage fut impossible par suite des résistances de la malade.

Capacité digestive : excellente. La malade suit le régime commun, mais ce régime est en grande partie composé de potages. Comme boisson : eau rougie.

Capacité de travail : la malade, âgée de 70 ans, s'occupe encore de son ménage.

OBS. 59. — *Sténose pylorique par ulcère.* — *Gastro-entérostomie en Y* (D^{rs} TERRIER et GOSSET). — *Suites médicales* : 11 mois, d'abord médiocres. SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie en rapport avec un régime déféctueux. — *Amélioration ensuite par le régime donné.*

CL..., 47 ans, mouleur en cuivre, entre le 29 février 1906 dans le service du Dr Parmentier à l'hôpital Tenon.

Les premiers troubles dyspeptiques datent de 1896, et semblent avoir été provoqués par un traitement, à la quinine, de fièvres intermittentes, traitement suivi plus de quatre ans ; ce sont des brûlures après les repas, suivies de régurgitations acides, et accompagnées d'une constipation opiniâtre.

En 1899, les douleurs prennent nettement le caractère pylorique. Elles siègent au creux épigastrique ; elles sont intenses, forçant le malade à se courber en deux, les mains comprimant l'épigastre, elles sont tardives, survenant 3 à 4 heures après les repas.

Les régurgitations sont fréquentes, et abondantes. La constipation difficile à vaincre.

En 1901, première hématomèse, puis seconde en 1903. A ce moment le malade consulte pour la première fois le Dr Parmentier à l'hôpital St-Anoine. Il est amélioré pendant quelques mois par le traitement donné.

En février 1904, il est repris de douleurs extrêmement violentes et de vomissements pénibles et répétés, presque incoercibles. Il entre à l'hôpital.

Calmé à grand'peine par des pansements bismuthés, il doit à partir de ce moment venir se faire vider l'estomac de temps en temps. Chacune des évacuations ramène des aliments ingérés plusieurs jours auparavant.

Enfin il se décide à subir l'opération et il est adressé en juin 1906 au professeur Terrier.

Examen au départ de l'hôpital Tenon. — Malade amaigri (poids : 54 k. 300) ne pouvant s'alimenter. Les vomissements ont cessé depuis que, deux fois par jour, on retire 4 heures après son repas le résidu alimentaire.

L'épigastre est sensible, la palpation en un point situé à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane provoque une vive douleur. L'estomac est très grand, il clapote jusqu'à la ligne bi-iliaque (V. *Chimisme*).

OPÉRATION, 15 juin 1906 (D^{rs} TERRIER et GOSSET). — On constate une sténose du pylore par ulcus cicatrisé. Gastro-entérostomie en Y.

Suites immédiates : excellentes.

Suites plus éloignées : juin 1906 à décembre 1906. Bonnes en général ; cependant à plusieurs reprises il accuse des douleurs au creux épigastrique, se propageant dans le dos : très vives, comme un fer rouge, elles se montrent quatre heures après le repas. Elles ne s'accompagnent ni de vomissements ni de régurgitation. La constipation qui a persisté est alors plus opiniâtre. Ces troubles semblent être sous la dépendance de la fatigue du travail, mais aussi du régime du malade. Ce dernier a en effet repris le régime commun, et s'est remis à boire un peu de vin. Sur le conseil du Dr Parmentier il prend des bouillies, potages au lait, pâtes alimentaires, et les douleurs se calment.

L'examen montre que l'estomac clapote encore à jeun à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; et après 200 centimètres cubes de lait il descend à 2 centimètres plus bas.

En février 1907, nouvelle crise, avec cette fois des régurgitations d'eau acide. Elle a été provoquée par la prise d'un peu de vin.

14 avril 1907, le malade est revu et examiné. L'état général est considérablement amélioré ; le poids actuel est de 59 kil. 800 avec un gain de 5 kil. 500 en quelques mois.

L'estomac, une heure après un déjeuner copieux, clapote à un demi-travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Une insufflation moyenne (5 poires) donne une limite inférieure de 2 centimètres. Insufflation maxima : 11 poires.

11 mai 1907, malade revu, n'a pas de troubles digestifs vrais ; il accuse seulement une douleur lombaire indépendante des repas.

Mêmes limites de l'estomac à l'examen.

EXPLORATION GASTRIQUE. CHIMISME (en série). — On constate une diminution légère de l'hyperpepsie après l'opération.

	3 mars 1904					14 avril 1907		
	à jeun	20'	40'	60'	80'	60'	90'	120'
A.....	174	145	290	319	246	238	217	181
H.....	80	21	73	73	116	103	51	66
C.....	94	85	248	248	189	103	102	102
H + C..	175	107	320	321	206	206	153	168
T.....	394	318	445	445	423	336	299	336
F.....	219	211	124	124	116	130	146	168
Quantité: 43 cc. de li-	45 cc.	40 cc.	55 cc.	35 cc.		70 cc.	60 cc.	60 cc.
quide avec un peu								
de bile.								

A jeun : les diverses explorations pratiquées depuis l'opération ont toujours montré la présence d'une petite quantité de liquide, liquide chlorhydrique, sans bile et sans débris alimentaires (épreuve des carottes négative).

Capacité digestive : bonne. Mais le malade doit conserver un régime assez sévère pour ne pas souffrir.

Capacité de travail : bonne. Le malade travaille 10 heures par jour, mais il se fatigue un peu.

OBS. 60. — *Sténose fibreuse du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure* (D^r HARTMANN). — *Suites médicales* : 9 mois, assez bonnes, sans être parfaites. *Esquisse du SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie en rapport avec un régime défectueux.*

S... Paul, 29 ans, domestique, entre le 8 juillet 1906, dans le service du D^r Hartmann..

Les premiers troubles digestifs remontent à 1892. A cette époque, au cours d'une influenza apparaissent des vomissements qui disparaissent au déclin de la maladie, laissant des troubles dyspeptiques : pesanteurs, renvois après le repas.

Peu à peu ces phénomènes s'exagèrent, les *douleurs* vraies font leur apparition, elles s'accompagnent de *réurgitations* acides, et parfois de vomissements alimentaires.

En 1902, le malade est très amélioré, il reste à peu près bien portant pendant trois ans, lorsque en 1905 survient une crise de *diarrhée* qui est le signal de la reprise des *douleurs* et des *vomissements* plus intenses que jamais.

En 1906, à deux reprises le malade rend du sang noir : *hématémèses*, qui e décident à se faire opérer.

Examen avant l'opération (D^r HARTMANN). — Etat général assez satisfaisant.

Localement : l'abdomen est souple, sauf en un point à la région épigastrique où la palpation provoque une douleur et de la défense musculaire. L'estomac après insufflation déborde l'ombilic d'un travers de doigt et demi. Le tube à jeun ramène un liquide de stase.

OPÉRATION, 18 juillet 1906 (D^r HARTMANN). — Le pylore présente des cic-

trices blanchâtres. Il est attiré vers le foie par le petit épiploon sclérosé et rétracté. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : bonnes.

Suites éloignées : les vomissements ont disparu, mais après le repas surviennent des *douleurs légères* : tiraillements, apparaissant au creux épigastrique et se propageant jusqu'au dos. Leur peu d'intensité comparé à l'état antérieur à l'opération les rend négligeables, dit le malade. La diarrhée a cessé, les selles au nombre de deux par jour ne renferment plus de glaires.

L'état général est très amélioré : le malade a beaucoup engraisé ; il peut fournir 10 heures par jour de travail très pénible (garçon maçon). Il est cependant resté nerveux, il accuse de la céphalée le matin, de la rachialgie, mais tous ces troubles sont notablement atténués.

Etat local : tolérance stomacale : il suit le régime commun, et prend un litre de vin par jour. Il a supprimé tout apéritif et alcool dont il n'a d'ailleurs jamais beaucoup usé.

L'estomac a certainement diminué : la percussion et le clapotage, l'estomac ne contenant que quelques centimètres cubes de liquide, montrent la grande courbure à un travers de doigt et demi au-dessus de l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de liquide, l'estomac clapote à un travers de doigt au-dessus ; après une insufflation moyenne (8 poires) on obtient les mêmes limites.

La tolérance de l'estomac à la distension et la continence de l'orifice gastro-intestinal sont excellentes.

Exploration à jeun. — Le cathétérisme à jeun permet de retirer 50 centimètres cubes de liquide jaune, sans HCl libre ; pas de bile aux divers réactifs. On y reconnaît cependant un pépin d'orange prise la veille (24 heures avant).

CHIMISME. — Une heure après repas d'épreuve.

Avant (5 décembre 1901) : H : 45. T : 492. Quantité : 141 centimètres cubes.

Après (10 février 1907) : A : 92. H : 0. C : 172. T : 418. F : 246. Quantité : 150 centimètres cubes.

Capacité digestive : bonne. Le malade surveille encore son alimentation, sans cependant suivre de régime.

Capacité de travail : bonne, 10 heures par jour de travail pénible (garçon maçon).

OBS. 61. — *Gastrite éthylique.* — *Ulcus avec légère sténose, chez un grand nerveux.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (D^r SOULIGOUX). — *Suites médicales, 7 mois, médiocres.* SYNDROME SECONDAIRE en rapport avec un régime défectueux. Troubles nerveux encore prédominants.

G. . . , 38 ans, journalier, entre à Lariboisière dans le service du D^r Souligoux en août 1906.

Ce malade présente une hérédité chargée : fils d'alcoolique, sa mère était sujette à des crises de nerfs rappelant de tous points la grande hystérie.

Lui-même, alcoolique invétéré, commence à souffrir de l'estomac *il y a 10 ans*, vers l'âge de 28 ans. Il ressentit d'emblée des *douleurs* transfixiantes survenant de 3 à 4 heures après les repas, et persistant jusqu'au repas suivant. Il se calmait surtout à force d'alcool. Il ne vomit pas, et il a plutôt une légère diarrhée.

Il y a 8 ans, il rend subitement $3/4$ de litre de sang rouge, puis il remarque ensuite des selles noires : *hématémèse* et *melæna*. Il se repose quelques jours, puis il reprend son travail et ses habitudes.

Il aurait présenté un an plus tard quelques hémoptysies, peu fréquentes d'ailleurs.

Il y a 6 ans, les douleurs deviennent quotidiennes ; elles s'accompagnent alors de *vomissements*. Vomissements aqueux, le matin à jeun, *vomissements alimentaires* survenant 2 heures après les repas, spontanés et calmant la douleur.

Il y a 2 ans, il a une crise de vomissements incoercibles à l'occasion d'une violente colère, puis il rend à quatre reprises du sang noir : seconde *hématémèse* suivie encore de *melæna*.

N'éprouvant aucune amélioration des innombrables traitements suivis, il se décide à subir l'opération.

Examen avant l'opération. — Malade très amaigri (poids : 50 kil. au lieu de 75 kil.), ne pouvant supporter aucune alimentation. L'estomac est grand. Le malade extrêmement nerveux est inquiet, croit sa mort prochaine, a des crises de larmes.

OPÉRATION, 1^{er} septembre 1905 (Dr SOULIGOUX). — Gastro-entérostomie postérieure. Sténose par ulcus.

Suites immédiates : médiocres. Les douleurs persistent et le 4^e jour il rend un flot de liquide noir comme de l'encre : *hématémèse*.

Suites plus éloignées : de septembre 1906 à mars 1907. Le malade continue à souffrir et à vomir. Les *douleurs* sont de deux sortes. Ou bien ce sont des douleurs tardives après les repas, transfixiantes, rappelant de tous points celles de jadis. Ou bien, c'est une sensation d'anéantissement, de vide dans la tête et tout le corps, sans grand rapport avec les repas. Ces sensations semblent plutôt sous la dépendance des idées hypocondriaques du malade, et se montrent surtout lors de ses crises neurasthéniques.

Les *vomissements* ont persisté également ; les régurgitations aqueuses, presque chaque jour, les vomissements alimentaires, seulement tous les 3 à 4 jours, lors de troubles digestifs, dit le malade.

La constipation est disparue.

Enfin les troubles psychiques sont plus intenses que jamais ; le malade songe continuellement à la mort, il reste seul, ne travaillant pas, porté également à la colère ou aux larmes. Il accuse une céphalée en casque, une sensation de plaque lombaire. Par trois fois enfin il a eu à l'occasion de violente colère une véritable perte de connaissance.

20 mars 1907 : EXAMEN. — Malade à air sombre, préoccupé. Assez bon état général cependant : poids 70 kilos (au lieu de 56 lors de l'opération).

Localement : l'estomac à jeun atteint à peine 1 centimètre au-dessus de l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait, il clapote jusqu'à l'ombilic, et transversalement dans tout l'hypocondre gauche. L'insufflation modérée (6 poires) donne les mêmes limites.

Le malade prend beaucoup de viande, et un peu de vin. Mis au régime, et rassuré moralement, il rentre chez lui. Quelque temps après il est considérablement amélioré.

CHIMISME 20 mars 1897. — 60' après un repas d'Ewald on retire 100 centimètres cubes de liquide, dont voici l'analyse : A : 151. H : 30. C : 117. T : 344. F : 197. H + C : 147.

Le tubage à jeun ne ramène rien.

Capacité digestive : moyenne.

Capacité de travail : nulle, mais par suite de l'état moral du malade.

OBS. 62. — *Ulcère en évolution.* — *Gastro-entérostomie* (D^r SOULIGOUX). — *Suites médicales : 6 mois, médiocres. SYNDROME SECONDAIRE avec diarrhée, sous la dépendance d'un régime défectueux. Amélioration ultérieure par le régime donné.*

C... Marcel, 54 ans, manouvrier, entre en septembre 1906 à Lariboisière, dans le service du D^r Souligoux.

Ethylique d'ancienne date, il commence à souffrir de l'estomac il y a 24 ans. Ce sont tout d'abord des *douleurs* au creux épigastrique, survenant 1 h. 1/2 après les repas. Très vives, elles sont calmées par l'ingestion d'un peu de pain, et surtout par les *vomissements*. Ceux-ci sont de deux ordres : les uns alimentaires suivent de près les repas, les autres aqueux se montrent à l'acmé de la douleur, ils sont abondants et répétés. D'ailleurs les vomissements sont presque quotidiens, se montrant même en l'absence des douleurs. En même temps existe de temps à autre une *diarrhée* assez intense, mais peu tenace.

Ces phénomènes se montrent au début une ou deux fois l'an, pendant l'été, alors que le malade absorbe beaucoup de cidre.

Il y a 9 ans, les douleurs et vomissements se montrent l'hiver, et au cours d'une crise le malade rend une quantité considérable de sang (2 litres) : *hématemèse*.

En 1905, les crises sont particulièrement intenses, et en août 1906, au cours d'une nouvelle crise, il rend pendant 10 jours consécutifs des matières, noires comme du « boudin » dit-il, *melæna*. C'est alors que très anémié, il entre à Lariboisière.

OPÉRATION, 26 septembre 1906 (D^r SOULIGOUX). — *Ulcus pylorique. Gastro-entérostomie postérieure régulière.*

Suites immédiates : lors de la reprise de l'alimentation, vomissements bilieux persistant pendant 15 jours. Ils cessent ensuite spontanément.

Quelques semaines plus tard, sans aucune douleur, reprise des vomissements pendant 5 à 6 jours, puis apparition d'une *diarrhée* assez intense, le malade a de 6 à 8 selles liquides par 24 heures.

A partir de cette époque la diarrhée a persisté, 4 à 5 selles par jour contenant souvent des aliments non digérés. En même temps le malade ressent du ballonnement à l'épigastre, avec une douleur légère ne présentant pas de rapports bien nets avec les repas.

Il a d'ailleurs une alimentation des plus médiocres, prenant beaucoup de viande, des crudités, 1 litre de vin pur par jour, et souvent un verre d'alcool et un apéritif.

Il a dû cesser tout travail, et il entre à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Parmentier, au début de mars 1907.

4 mars 1907 : EXAMEN. — Malade amaigri, fatigué par une diarrhée rebelle.

Localement : la palpation n'est pas douloureuse, l'estomac est resté grand et clapote à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une heure après avoir bu 200 centimètres cubes de lait. Après insufflation moyenne, il atteint presque la ligne bi-iliaque. Le gros intestin est distendu et gargouille à la pression.

Examen du contenu gastrique. — A jeun : on retire 50 centimètres cubes, puis 70 centimètres cubes de liquide achlorhydrique, sans débris alimentaires, avec bile.

CHIMISME. — Examen en série :

	60'	90'	120'	150'
A :	68	48	48	54
H :	0	0	0	0
C :	40	59	44	22
T :	350	365	350	314
F :	310	306	306	292

Hypopepsie, cycle prolongé, mais de petite amplitude.

Par le régime : képhir, œufs, la diarrhée s'arrête bientôt. Le malade sort 15 jours plus tard ayant engraisé et indemne de tout trouble digestif.

Capacité digestive : médiocre.

Capacité de travail : nulle lors de la réapparition des troubles. Bonne ensuite.

Obs. 63. — Sténose pylorique par ulcus. — Gastrite médicamenteuse. — Gastro-entérostomie postérieure (Dr MAUCLAIRE). — Suites médicales : 8 mois, marquées par le SYNDROME SECONDAIRE. — Amélioration progressive sous l'influence du régime.

D. . . , 34 ans, charcutier, entre à la Maison de santé, dans le service du Dr Mauclaire, le 10 octobre 1906.

Les premiers troubles dyspeptiques remontent à 18 mois. A la suite d'un traitement au salicylate de soude, administré en cachets pour une polyarthrite fébrile, il commence aux premières tentatives alimentaires à ressentir après ses repas d'abord une pesanteur, du ballonnement, puis de véritables douleurs : brûlures siégeant au creux épigastrique et apparaissant une heure après les repas.

Immédiatement il se met à vomir. Vomissements alimentaires, très fréquents, plus fréquents même que les brûlures qu'ils calment en général, ils se montrent 3 heures après l'ingestion d'un aliment quelconque.

Bientôt le malade maigrit, il ne peut supporter aucune nourriture, sauf pendant de courtes périodes d'accalmie, et les traitements les plus nombreux n'amènent aucune amélioration. Sur les conseils des professeurs Hayem et Debove il se décide à se faire opérer (octobre 1906).

Examen avant l'opération. — Malade anémié et amaigri. Il a perdu 28 kilos en 18 mois. Jamais d'hématémèse ni de méléna malgré une surveillance attentive. C'est de plus un nerveux, irritable, et enclin à l'hypocondrie.

L'estomac est très grand, il déborde notablement l'ombilic. Le tubage à jeun ramène une quantité considérable de liquide, avec d'abondants débris alimentaires, aliments ingérés les jours précédents.

OPÉRATION, 17 octobre 1906 (D^r MAUCLAIRE). — Très grand estomac. Sténose par ulcère. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes.

17 novembre 1906, un mois après l'opération *examen du malade.*

Troubles fonctionnels. — Les vomissements ont cessé, ainsi que les grandes douleurs et la constipation. Le malade peut faire trois repas par jour, repas composés de potages, bouillies, purées. Cependant il éprouve, surtout la nuit trois heures après son repas, une pesanteur très pénible au voisinage de l'ombilic.

L'état général s'est amélioré, il a gagné 2 kilos ; ses urines ont atteint un taux voisin de la normale (V. analyse détaillée : texte, chapitre : « Urines »). Il peut marcher, s'occuper, mais non travailler.

Etat local : l'estomac est resté très grand. A jeun il déborde l'ombilic après une insufflation modérée, il atteint presque la ligne bi-iliaque. Le tubage à jeun ramène une quantité considérable de liquide avec une abondante stase alimentaire (V. plus loin : *Chimisme*).

21 décembre 1906. — De nouveau examiné, le malade accuse une amélioration progressive. Il a gagné 4 kilos depuis un mois ; les pesanteurs ont persisté, mais très atténuées par le régime.

L'examen local montre que l'estomac ne dépasse plus l'ombilic que de deux travers de doigt après 200 centimètres cubes de lait ; et de 3 après une insufflation modérée.

18 avril 1907 : 6 mois après l'opération. — L'amélioration est considérable. Le malade qui a suivi fidèlement son régime, depuis 4 mois, n'a pas vomi.

Il a été atteint de grippe, compliquée d'une légère congestion pulmonaire ; et malgré quelques médicaments, il n'a accusé aucun trouble digestif.

Son état général est satisfaisant : il pèse 79 kilos avec un gain de 16 kilos depuis son opération. Il est beaucoup moins nerveux (V. dans le texte : analyse d'urines, examens de sang).

L'estomac n'est plus dilaté. Après une insufflation modérée : 5 poires, il n'atteint pas l'ombilic. Après 12 poires : il reste encore un peu au-dessus de ce point. Après 15 poires (insufflation maxima) il atteint l'ombilic.

Exploration à jeun. — Avant l'opération : stase alimentaire très considérable.

Après l'opération : un mois après (10 décembre 1906). La sonde à jeun ramène 160 centimètres cubes de liquide d'odeur butyrique avec de nombreux débris alimentaires : 6 mois après (13 avril 1907), on retire 60 centimètres cubes de liquide avec seulement quelques débris alimentaires, aux deux examens les réactions de la bile sont évidentes.

CHIMISME (Postérieur à l'opération). — Une heure après le repas d'épreuve.

1^{er} examen (10 décembre 1906) : A : 224. H : 186. C : 36. H + C : 222. T : 412. F : 190.

2^e examen (18 avril 1907) : A : 105. H : 30. C : 73. H + C : 103. T : 358. F : 255.

Diminution notable de l'excitation gastrique au second examen.

Capacité digestive : assez bonne. Le malade s'est remis peu à peu à prendre de la viande, et à boire un peu de vin coupé de beaucoup d'eau. Il n'en conserve pas moins le régime des potages au lait, pâtes, purées comme base de son alimentation.

Capacité de travail : modérée. Le malade a dû renoncer momentanément à son métier de charcutier. Il se croit maintenant (juin 1907) assez fort pour le reprendre.

OBS. 64. — *Ulcères cicatrisés au pylore.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (Dr HARTMANN). *Suites médicales* : 4 mois, excellentes, malgré un régime ordinaire.

R..., 58 ans, chaudronnier, entre le 7 décembre 1906 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le Dr Hartmann pour troubles dyspeptiques anciens.

Les premières douleurs datent de 25 ans : à cette époque le malade ressentait 3 à 4 heures après les repas une douleur extrêmement vive un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. Elle s'accompagnait de vomissements aqueux très abondants, « au point, dit le malade, que toute nourriture tournait en eau ». Ces phénomènes se montrent par crises espacées au début, puis plus fréquentes et plus vives.

Il y a 5 ans, les crises sont plus intenses, les vomissements deviennent alimentaires ; ils contiennent des aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Le malade perd en trois mois 15 kilo

Puis pendant quatre ans et demi il est très amélioré, lorsque il y a 3 mois les douleurs reprennent avec cette fois le caractère transfixiant. Leur intensité décide le malade à se faire opérer.

Examen avant l'opération. — Malade amaigri, fatigué.

Localement : on note une sensibilité dans la partie droite de la région ombilicale. L'estomac après une insufflation modérée déborde un peu l'ombilie. Pas de stase alimentaire.

OPÉRATION, 12 décembre 1906 (D^r HARTMANN). — On remarque la présence de cicatrices grisâtres au niveau du pylore avec un peu d'épaississement. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : 4 mois : excellentes, malgré l'absence de régime.

31 mars 1907 : EXAMEN. — Bon état général ; le malade a notablement engraisé.

Localement : l'estomac a conservé les mêmes dimensions. Il déborde l'ombilie de 2 centimètres après une insufflation modérée. Insufflation maxima : 12 poires.

Exploration à jeun : après l'opération (mars 1907) la sonde à jeun ramène 35 centimètres cubes de liquide non bilieux, sans débris alimentaires et achlorhydrique.

	A	H	C H + C T	F
CHIMISME. — Avant l'opération :	339	266	73 339	511 176
Après l'opération :	172	58	102 160	372 212

Capacité digestive : excellente. Régime commun.

Capacité professionnelle : excellente. Le malade travaille 6 heures par jour comme chaudronnier, sans fatigue.

OBS. 65. — *Ulcus de la petite courbure provoquant un début de biloculation gastrique.* — Gastro-entérostomie postérieure (D^r HARTMANN). — *Suites éloignées* : 6 mois, médiocres. SYNDROME SECONDAIRE, avec persistance de l'ulcère, en rapport avec des écarts de régime.

Mlle M..., 21 ans, entre le 12 décembre 1906 dans le service du D^r Hartmann.

Les troubles dyspeptiques datent du jeune âge. La jeune malade a toujours été constipée, et de temps à autre elle ressentait après son repas des brûlures accompagnées de régurgitations acides.

Les grandes douleurs ne se montrèrent cependant qu'il y a quatre ans. Ce furent alors des douleurs au creux épigastrique s'irradiant en broche dans le dos ; elles surviennent 3 heures après les repas, surtout après le déjeuner. Elles se calment par la prise d'un aliment quelconque. En même temps, à l'acmé de la crise douloureuse, elle ressent des gorgées d'eau acide lui remonter à la bouche. La constipation est encore plus opiniâtre.

Ces phénomènes se montrent par périodes entre lesquelles cependant la

malade n'est pas complètement indemne de toute douleur. Dès cette période (il y a 4 ans) on remarqua à plusieurs reprises du *melæna*.

Pendant ces quatre ans la malade n'a jamais été sans souffrir ; les crises semblent se répéter plus fréquemment malgré la continuation du régime lacté. Elle vient consulter le D^r Hartmann.

Examen avant l'opération (D^r HARTMANN). — Malade anémiée, sans que cependant l'on constate de souffles aux jugulaires. Amaigrissement assez marqué.

Localement : sensibilité générale avec un point situé à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane, point où la pression provoque une douleur intense. Exploration à jeun : la sonde ramène une vingtaine de grammes de liquide contenant de rares débris de carottes, ingérés la veille.

L'insufflation montre un estomac dilaté, débordant l'ombilic. Léger degré de ptose rénale droite.

Opération, 19 décembre 1906 (D^r HARTMANN). — Pylore sain. Mais sur la petite courbure, à l'union de tiers pylorique avec les deux tiers cardiaques masse cicatricielle s'étendant à la face antérieure de l'estomac et déterminant un début de biloculation. Gastro-entérostomie postérieure régulière sur la poche cardiaque.

Suites immédiates : médiocres. Le 4^e jour l'on constate du *melæna*. La constipation a persisté. Les grandes douleurs ainsi que les vomissements ont cessé ; il est resté cependant quelques malaises se montrant immédiatement après les repas.

Deux mois plus tard : l'amélioration semble être plus complète, la constipation a disparu.

Troisième mois : pendant 15 jours la malade prend du vin Mariani : deux petits verres à Bordeaux par jour. Immédiatement reparaissent les *douleurs en broche*, se montrant une heure après le repas, calmées par l'ingestion de lait, mais reparaissant ensuite. Elles ne s'accompagnent ni de vomissements, ni de constipation, mais la malade a maigri. A ce moment d'ailleurs elle suit à peu près le régime que lui a indiqué un médecin et qui ne semble pas donner de résultats.

Mise au régime des bouillies et des potages au lait, elle s'améliore très rapidement : toute douleur cesse pendant deux mois.

En juin 1907, elle reprend le régime commun, et mange beaucoup de fruits et de crudités. De nouveau les *douleurs* reparaissent, et de plus la malade remarque la présence de sang dans ses gardes-robes : *melæna*. Elle vient consulter. On lui fait quelques pansements bismuthés ; elle reprend son régime et les douleurs s'atténuent progressivement.

31 mars 1907 : EXAMEN. — Malade encore fatiguée ; elle a gagné depuis l'opération 4 kilos.

Localement : la région épigastrique est sensible. L'estomac à jeun ne dé-

passé pas deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait il atteint un centimètre au-dessus.

EXPLORATION GASTRIQUE. — a) CHIMISME (une heure après repas d'épreuve).

Avant l'opération : A : 321. H : 189. C : 132. H + C : 321. T : 401. F : 80.

Trois mois après l'opération : A : 54. H : 0. C : 74. T : 204. F : 130.

b) *A jeun* (tubage) : Avant l'opération : 45 centimètres cubes de liquide chlorhydrique, avec quelques débris alimentaires.

Après l'opération : 45 centimètres cubes achlorhydrique, sans bile, sans débris alimentaires.

Capacité digestive : moyenne. Importance très grande du régime dans la pathogénie des troubles digestifs.

Capacité de travail : la jeune malade s'occupe chez elle.

OBS. 66. — *Sténose du pylore consécutive à un ulcère cicatrisé. — Gastro-entérostomie postérieure* (Dr HARTMANN). — *Suites médicales* : 5 mois, bonnes relativement. SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie avec légère excitation en rapport avec régime défectueux.

M. L..., 35 ans, employé à la Compagnie du Nord, entre en décembre 1906 à Lariboisière, chez M. Hartmann.

Il y a 5 ans, en 1901, il ressent de la pesanteur d'estomac, 6 mois après apparaissent des douleurs en barre. Puis survient la *douleur tardive* qui ne tarde pas à devenir très violente avec le caractère de la douleur en *broche*.

Depuis trois ans *vomissements* liquides, aqueux, qui calment la douleur. Pas d'hématémèse. Constipation opiniâtre avec glaires abondantes.

Ces phénomènes se montrent par crises d'abord espacées, qui reviennent plusieurs fois par semaine et enfin tous les jours.

Depuis trois semaines la douleur est quotidienne, s'irradiant nettement dans le dos. Elle le force à quitter son travail et le malade entre à Lariboisière.

À l'entrée du malade. — Etat général bon, sans amaigrissement notable. Le malade souffre chaque jour et vomit. Sensibilité à droite de l'ombilic à la palpation. L'estomac descend au niveau de l'ombilic et clapote à jeun ; épreuve des carottes positive.

OPÉRATION, 22 décembre 1906 (M. HARTMANN). — Gastro-entérostomie postérieure. La région pylorique présente une cicatrice étoilée grisâtre avec un épaississement des tissus, débordant le pylore, vers l'estomac. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes. Sort au 25^e jour.

Suites plus éloignées : 5 mois, pas absolument parfaites. Il subsiste de temps à autre une petite *douleur* au creux épigastrique, vers le milieu de l'après-midi. Souvent il rend des *gorgées* de liquide acide ressemblant à de la sa-

live. La constipation a presque disparu, les selles contiennent encore des glaires.

Le malade ne suit pas de régime, boit peu de vin et pas d'alcool. L'estomac conserve les mêmes dimensions.

Tubage à jeun. — Avant l'opération : 25 centimètres cubes de liquide chlorhydrique contenant des débris alimentaires.

Après l'opération (avril 1907) : 30 centimètres cubes de liquide chlorhydrique, contenant de la bile, sans débris alimentaires.

CHIMISME. — 1^{er} avril 1907 : A : 268. H : 73. C : 161. H + C : 234. T : 431. F : 197.

Capacité digestive : bonne, mange de tout, boit du vin en petite quantité ; mais ressent quelques douleurs.

Capacité de travail : employé à la Compagnie du Nord il travaille 10 heures, sans trop de fatigue. Avant son opération, il avait dû changer de service.

OBS. 67. — *Ulcère prépylorique et sténose.* — *Gastrite et cirrhose alcoolique.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (D^{rs} TERRIER et GOSSET). — *Suites médicales* : 3 mois, médiocres, en relation avec un régime défectueux. SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie avec reprise de l'excitation gastrique.

G. . . , 45 ans, journalier, entre le 17 novembre 1906 dans le service du D^r Parmentier.

En 1899, à la suite d'excès alcooliques apparaissent des douleurs à l'épigastre, sans irradiation, se montrant parfois à jeun, puis calmées par les repas, pour réapparaître 4 heures après. Ni vomissements, ni constipation.

En 1900, après une accalmie de quelques mois, reprise des douleurs, accompagnées cette fois de vomissements aqueux et alimentaires.

Pendant 6 ans (1900 à 1906), ces mêmes troubles se montrent par crises séparées par des accalmies. Le malade consulte dans divers hôpitaux et suit de nombreux traitements.

Le 17 novembre 1906, il entre dans le service du D^r Parmentier, accusant des douleurs, des vomissements, auxquels s'est jointe une diarrhée glaireuse persistante. Il se décide à se faire opérer.

Examen à l'hôpital Tenon. — Malade amaigri (51 kilos). L'estomac est grand : à jeun il déborde considérablement l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait, il arrive à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

OPÉRATION, 4 janvier 1907 (D^{rs} TERRIER et GOSSET). — Grand estomac. Cicatrice d'ulcère un peu en avant du pylore. Sténose prépylorique. Le foie est très hypertrophié. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : excellentes.

14 février 1907, un mois après l'opération le malade est très amélioré. Cependant il continue à ressentir quelques douleurs tardives après ses repas, accompagnées rarement d'ailleurs de régurgitation aqueuse, et de constipation. Le malade est revenu au régime commun.

Localement : l'estomac a conservé à peu près les mêmes limites qu'avant l'opération (4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic).

14 avril 1907, 3 mois après l'opération, mêmes troubles, plus accusés peut-être. La douleur tardive reparait par crise ; elle prend même parfois le caractère *transfixiant*, ce qui n'existait pas avant l'opération. Elle s'accompagne très rarement d'ailleurs de *réurgitations* aqueuses qui la calment. Le malade tente de *provoquer* le vomissement alimentaire sans y *réussir*. La constipation par contre a fait place à une diarrhée qui d'ailleurs n'a pas persisté. Notons enfin que le régime donné n'a pas été suivi, le malade a continué le vin et le régime commun comme par le passé.

EXAMEN. — Le malade a gagné près de 2 kilos.

Localement : à jeun l'estomac ne déborde pas l'ombilic. Après 200 centimètres cubes de lait il clapote à un travers de doigt au-dessous ; l'insufflation modérée donne les mêmes résultats. L'épigastre n'est pas douloureux.

Exploration de l'estomac à jeun. — Avant l'opération, 12 décembre 1906 : 92 centimètres cubes de liquide contenant de l'HCl en abondance, avec débris alimentaires.

Après l'opération : 16 février 1907, 120 centimètres cubes de liquide chlorhydrique avec débris alimentaires.

14 avril 1907 : 40 centimètres cubes liquide chlorhydrique, avec débris alimentaires.

CHIMISME :

	Avant l'opér.		Après l'opération du 4 janvier		
	12 déc. 1906	16 fév. 1907	14 avril 1907		
	60'	60'	60'	90'	120'
A.....	266	93	252	146	70
H.....	80	0	131	44	14
C.....	215	103	124	131	66
H + C.....	295	»	255	175	80
T.....	445	358	408	350	306
F.....	150	255	153	175	226
Quantité :	200 cc. de liquide	250 cc. de liquide lég. bilieux	90 cc. de liquide	40 cc. de liquide	50 cc. de liquide

Capacité digestive : modérée. Le malade a repris le régime commun. Il semble en être résulté l'apparition des nouveaux troubles.

Capacité professionnelle : moyenne. Le métier de maçon très pénible fatigue le malade, qui a dû s'arrêter à plusieurs reprises.

Mai 1907. — Le malade mis au repos et au régime s'améliore très rapidement.

OBS. 68. — *Ulcère prépylorique avec sténose légère.* — *Gastro-entérostomie postérieure* (D^r SOULIGOUX). — *Suites médicales* : 6 semaines, relativement bonnes. *Apparition passagère du SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie lors de la reprise de l'alimentation commune.*

Mlle E... Odile, 39 ans, employée de commerce, entre au début de janvier 1907 dans le service du D^r Souligoux à l'hôpital Tenon.

Les troubles dyspeptiques ont débuté il y a 3 ans sans cause apparente autre que des ennuis très importants, dit la malade. Ce sont des *douleurs* peu vives en général, simples pesanteurs siégeant à l'ombilic, mais s'irradiant parfois dans le dos, prenant alors le caractère de la douleur *transfixiante*. Elle se montre 4 heures après les repas. A l'acmé de la douleur surviennent des *vomissements* aqueux, plus rarement alimentaires. Enfin il s'y joint du gonflement épigastrique, mais pas de constipation.

Ces troubles se montrent par crises, provoquées par un excès alimentaire, ou par une cause morale.

Quatre mois plus tard au cours d'une crise la malade vomit une grande quantité de sang noir : *hématémèse*, suivie de *melæna*. Elle en éprouve, dit-elle, une véritable amélioration pendant quelques mois.

Bientôt cependant les crises reparaissent : une par mois environ, jusqu'en novembre 1906 où survint une seconde *hématémèse* suivie encore de *melæna*. C'est alors qu'elle se décide à se faire opérer.

Examen avant l'opération, 6 janvier 1907. — Malade amaigrie (47 kil.) anémique : les muqueuses sont décolorées, et l'on constate le souffle aux jugulaires. L'estomac est très grand. Après 200 centimètres cubes de lait il clapote jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse (V. exploration à jeun, et chimisme). Insufflation modérée, mêmes dimensions.

OPÉRATION, 16 janvier 1907 (D^r SOULIGOUX). — Cicatrice très nette d'ulcus un peu en avant du pylore, sur la petite courbure. Sténose légère. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : d'abord excellentes. Puis à la reprise du régime ordinaire de l'hôpital la malade accuse quelques douleurs légères, mais rappelant l'état antérieur à l'opération.

Février 1907. — 6 semaines après l'opération la malade est bien portante. Les douleurs ont disparu avec un régime sérieux.

CHIMISME. — Une heure après repas d'épreuve.

Avant l'opération : A : 280. H : 14. C : 219. H + C : 233. T : 238. F : 95. Quantité : 125 centimètres cubes.

Après l'opération : A : 79. H : 0. C : 81. C + H : 81. T : 219. F : 138. Quantité : 180 centimètres cubes.

Exploration à jeun : avant l'opération : 75 centimètres cubes de liquide chlorhydrique sans débris alimentaires.

Après l'opération : 30 centimètres cubes de liquide achlorhydrique avec présence de *bile*, sans débris alimentaires.

Examen du sang (voir le texte).

Capacité digestive : bonne. La malade garde d'ailleurs un régime convenable.

OBS. 69. — *Ulcère prépylorique. — Gastro-entérostomie postérieure* (D^r HARTMANN). — *Suites médicales* : 2 mois, bonnes, sauf de légères douleurs à la reprise d'un régime défectueux. *Esquisse du SYNDROME SECONDAIRE.*

M. T..., 45 ans, entre en janvier 1907 à Lariboisière, dans le service du D^r Hartmann.

Malade opéré il y a 3 ans pour hernie épigastrique, il fait un abcès de la paroi et aussitôt après débutent des douleurs à l'épigastre, douleurs tardives, d'ailleurs peu intenses, sans vomissements.

Son état reste le même bien qu'il suive un régime. Seul le lait le calme.

Il y a un mois l'état s'est aggravé, les douleurs sont devenues plus violentes, sans irradiations dans le dos, sans vomissements, sans hématomésès. La constipation est opiniâtre.

Examen à l'entrée du malade. — Point sensible xyphoïdien. Clapotage, ondes péristaltiques. Pas de stase.

OPÉRATION, 16 janvier 1907. Gastro-entérostomie postérieure (M. HARTMANN). Un peu à gauche du pylore, plaque rouge veloutée, s'avancant vers la face antérieure de l'estomac.

Suites immédiates : bonnes.

Suites éloignées : 2 mois, relativement bonnes. Le malade atteint de grippe ne peut venir ; il fait savoir qu'il n'a plus de grande douleur, ni de vomissements : il reste cependant quelques tiraillements tardifs après les repas, en rapport avec la reprise de l'alimentation ordinaire. Le malade se remet de lui-même à un régime plus sévère (malade non revenu à une convocation ultérieure).

Capacité digestive : limitée.

OBS. 70. — *Estomac biloculaire par rétraction cicatricielle d'un ulcus encore en évolution. — Gastro-entérostomie postérieure et gastroplastie* (D^r SOULIGOUX). *Suites médicales* : bonnes relativement ; LÉGER SYNDROME SECONDAIRE à la reprise de l'alimentation commune.

J. R..., 26 ans, fleuriste, entre le 11 novembre 1906, salle M. R..., hôpital Tenon dans le service du D^r Parmentier, pour troubles dyspeptiques intenses.

C'est à l'âge de 13 ans que surviennent les premières douleurs : brûlures au creux épigastrique, suivies de régurgitations acides. Elles se calmaient par le régime lacté. Ces troubles se rencontrent par crises, séparées par des accalmies.

En 1900 elle vomit pour la première fois du sang ; hématomésèse noire, suivie d'une accalmie de près de deux ans.

En 1902, après un traitement intempestif (teinture d'iode dans de l'eau), seconde hématomésèse, abondante, suivie encore d'une accalmie de deux ans.

En janvier 1904, elle est reprise de douleurs, qu'une troisième hématomésèse vint encore calmer pour une période de deux ans,

En septembre 1906 elle ressent de nouveau des brûlures au creux épigastrique, et quelques jours plus tard, malgré le régime lacté, elle est prise de vertiges, puis perd connaissance et pendant deux jours elle a une véritable diarrhée de matières noires : *melæna*. Elle rentre alors dans le service du Dr Parmentier.

Examen à l'entrée, novembre 1907 (Dr PARMENTIER). — La malade accuse des douleurs au creux épigastrique présentant nettement le caractère *transfixiant*. Ces douleurs se montrent parfois dès l'absorption des aliments, d'autres fois deux à trois heures après. En même temps elle a des régurgitations d'eau acide, dont le rejet amène une courte accalmie. Elle est en outre très constipée.

Son état général est bon ; seules les muqueuses accusent par leur pâleur la perte de sang des jours précédents. L'épigastre est très sensible, et impossible à explorer.

On laisse la malade au repos, et à l'eau pendant quelques jours ; puis peu à peu on l'alimente. En février 1907 elle a gagné 11 kilos.

OPÉRATION, 14 février 1907 (Dr SOULIGOUX). — Le pylore paraît normal. On pratique une gastro-entérostomie postérieure. En examinant l'estomac, on reconnaît à quelques centimètres au-dessous du cardia une cicatrice, avec épaississement, entraînant un rétrécissement considérable de l'estomac (rétrécissement laissant passer un doigt) : il s'agit d'un ulcus de la portion cardiaque de la petite courbure ayant provoqué la déformation de l'estomac, dite en sablier. On incise longitudinalement, puis affrontant les bords de la plaie dans le sens opposé, on pratique ainsi une *gastroplastie*.

Suites immédiates : excellentes.

Un mois après l'opération : 12 mars. La malade est assez bien ; la constipation a disparu, mais à la reprise de l'alimentation commune (régime des malades) elle ressent encore quelques douleurs. Son poids s'est à peu près maintenu.

L'estomac à jeun ne paraît pas grand. Après 200 centimètres cubes de lait, il clapote à un travers de doigt et demi au-dessous de l'ombilic.

Exploration gastrique à jeun. — Avant l'opération : 40 centimètres cubes de liquide chlorhydrique avec débris alimentaires.

Après l'opération (12 mars 1907) : 100 centimètres cubes de liquide achlorhydrique composé presque uniquement de *bile*.

CHIMISME : 23 janvier 1907. — Avant l'opération : 100 centimètres cubes de liquide dont l'analyse donne : A : 200. H : 84. C : 136. H + C : 220. T : 390. F : 170.

12 mars 1907 ; après l'intervention : 150 centimètres cubes de liquide. Analyse : A : 117. H : 0. C : 117. T : 365. F : 248.

Examen du sang (voir le texte). — 20 janvier 1907. Globules rouges : 2.980.000. Globules blancs : 6.700. Hémoglobine : 0.70.

Capacité digestive : modérée.

OBS. 71. — *Syndrome pylorique, ulcus.* — *Gastro-entérostomie en Y* (D^{rs} TERRIER et GOSSET). *Suites médicales* : 3 mois, bonnes. *Régime convenable, Cependant à l'occasion d'excès alimentaires légers, reprise du SYNDROME SECONDAIRE.*

D..., 41 ans, employé de chemin de fer, vient consulter le D^r Parmentier en janvier 1907.

C'est au mois de juillet 1904 que débutent les premiers troubles dyspeptiques, sous l'influence de la fatigue et peut-être de très légers excès éthyliques. C'est d'abord une pesanteur à l'épigastre, survenant 3 heures après les repas et calmée par le repas suivant. Elles persistent trois mois.

En juin 1905, reprise de ces douleurs, mais avec une acuité excessive. Ce sont des brûlures, survenant trois heures après les repas, très vives, forçant le malade à se rouler à terre. Elles s'accompagnent de *réurgitations* aqueuses, et de *vomissements* alimentaires, provoqués par le malade pour se soulager. Il n'existe ni constipation, ni diarrhée.

Ces douleurs persistent atténuées pendant l'hiver de 1905-1906 ; puis elles reparaissent plus intenses que jamais en juillet 1906, avec les vomissements aqueux et alimentaires. Il s'y joint enfin une constipation opiniâtre.

Devant la persistance de ces phénomènes empêchant toute alimentation et tout travail, le malade, sur les conseils du D^r Parmentier, consent à se faire opérer.

Examen avant l'opération (D^r PARMENTIER). — Malade amaigri, ayant perdu 6 kilos depuis 6 mois.

Localement : l'estomac est légèrement dilaté. Il dépasse l'ombilic d'un travers de doigt après 200 centimètres cubes de lait. Une insufflation moyenne donne les mêmes limites. L'insufflation maxima est de 12 poires.

OPÉRATION, 22 février 1907 (D^{rs} TERRIER et GOSSET). — Cicatrice d'ulcère prépylorique. Gastro-entérostomie en Y.

Suites immédiates : bonnes, sauf des vomissements incessants la première nuit (dus au Champagne qu'on lui donnait, dit le malade).

Suites plus éloignées : 3 mois, assez bonnes. Le malade n'a eu aucun trouble réel, sauf une fois, deux mois après l'opération, après un excès alimentaire, il ressent deux heures après son repas une *pesanteur* au creux épigastrique, très vive. Il provoque un vomissement qui les calme. A plusieurs reprises en outre, en relation évidente encore avec des fautes de régime, il a présenté quelques pesanteurs accompagnées de *diarrhée*. Il suit d'ailleurs un régime relativement bon, mais il s'en écarte parfois.

13 mai 1907 : EXAMEN. — Bon état général, poids : 55 kil.500, gain : 10 kilos.

Localement : à jeun l'estomac n'atteint pas l'ombilic, et après une insufflation modérée il le déborde d'un travers de doigt. Insufflation maxima : 12 poires.

Analyse d'urines (par 24 heures):

	Avant l'opération	Après l'opération
Urée.	12.05	14.30
Acide urique	0.472	0.541
Acide phosphorique	1.18	1.998
Chlore total.	1.95	5.07
Total des éléments dissous	27.90	35.70
Quantité par 24 heures	500 cc.	600 cc.

Exploration de l'estomac à jeun. — Avant l'opération : 40 centimètres de liquide chlorhydrique sans débris alimentaires.

Après l'opération, 14 mai 1907 : 15 centimètres cubes de liquide avec bile sans débris alimentaires, bien que le malade ait pris des carottes la veille.

CHIMISME. — Avant l'opération ; 4 novembre 1906 : A : 165. H : 7. C : 158. H + C : 165. T : 347. F : 182. Quantité : 260 centimètres cubes.

1^{er} février 1907 : A : 151. H : 30. C : 168. H + C : 198. T : 358. E : 160. Quantité : 300 centimètres cubes.

Après l'opération, 14 mai 1907 : A : 36. H : 0. C : 22. H + C : 22. T : 277. F : 255. Quantités : 110 centimètres cubes.

Capacité digestive : bonne.

Capacité de travail : bonne. Le malade a repris son travail de contrôleur aux chemins de fer. Aucune fatigue.

OBS. 72. — *Syndrome pylorique sous la dépendance d'un ulcère probable.* — *Gastro-entérostomie postérieure (D^r HARTMANN).* — *Suites médicales : 3 mois médiocres. En rapport avec alimentation défectueuse.* **SYNDROME SECONDAIRE à la gastro-entérostomie avec excitation stomacale.**

M. B..., 48 ans, employé de commerce, entre le 23 décembre 1906 à Tenon chez M. Parmentier ; il reste dans le service pendant un mois en observation puis est envoyé à Lariboisière chez M. Hartmann.

En 1902, à l'âge de 44 ans, sans autre cause qu'un léger éthylisme, brusquement se montre une violente douleur en barre au creux épigastrique, sans autres troubles gastro-intestinaux.

Puis, quelques mois après se montrent de la pesanteur à l'épigastre, 3 heures après les repas, des bâillements, des bouffées de chaleur, avec diminution de l'appétit.

Le malade cesse les apéritifs et se traite par un régime alcalin.

En 1904, à la suite de voyages fatigants, avec nourriture d'hôtel, reprises des accidents. Les *douleurs* surviennent tardivement mais bientôt même à jeun ; ce sont de violents tiraillements s'irradiant dans les flancs et à l'hypogastre, calmés momentanément par les aliments. A l'acmé de la douleur surviennent des *vomissements* liquides avec peu d'aliments, souvent provoqués par le malade pour se soulager. Pas de constipation.

Ces phénomènes ont persisté jusqu'à maintenant avec des accalmies. Seuls

les pansements bismuthés ont donné une réelle amélioration. D'ailleurs pas de guérison complète.

Depuis 2 à 3 mois les *douleurs* sont devenues continues avec paroxysmes la nuit : elles sont intolérables bien que le malade se soit mis au régime lacté absolu. Les *vomissements* sont constants, une à deux fois par jour, vomissements aqueux. Jamais d'hématémèse, cependant une fois vomissement de liquide foncé. Pas de méléna.

Examen à son départ de l'hôpital Tenon. — Bon état général. Le repos n'amène pas d'amélioration pas plus que le régime lacté. Le malade souffre toujours et a eu de nouveau des vomissements. Il n'y a pas eu d'amaigrissement. C'est un sujet nerveux, irritable, sans grandes crises d'ailleurs.

Localement : l'estomac à jeun atteint à peine l'ombilic, après 200 centimètres cubes de lait, il clapote un peu au dessous (2 centimètres) ; après une insufflation modérée (6 poires) il arrive à un travers de doigt au-dessous. A jeun (épreuve des carottes) : débris alimentaires.

OPÉRATION 28 janvier 1907 (M. HARTMANN). Gastro-entérostomie postérieure. Pylore profondément fixé sous le foie, impossible à explorer. Opération difficile mais régulière.

Suites immédiates : assez bonnes. La reprise de l'alimentation ordinaire vers le 15^e jour est marquée par un léger malaise. Sortie le 23^e jour. Quelques régurgitations d'eau.

Suites plus éloignées : 1 mois 1/2 après. Le malade rentre à Lariboisière pour une nouvelle crise caractérisée par des *douleurs tardives* très vives avec *régurgitations*.

Examen. — Estomac clapote à jeun, après insufflation légère le bord inférieur n'atteint pas l'ombilic. Insufflation maxima : 9 poires.

Exploration gastrique à jeun. — Avant l'opération : 10 décembre 1906 : 20 centimètres cubes de liquide chlorhydrique avec débris de carottes.

Après l'opération : 17 février 1907 : 55 centimètres cubes de liquide chlorhydrique sans débris alimentaires.

26 février : seconde exploration (le malade souffre) : 184 centimètres cubes de liquide *bilieux* : A : 270, avec présence d'HCl, sans débris alimentaires malgré l'ingestion de carottes.

CHIMISME. — Une heure après repas d'épreuve.

	A	H	CH + C	T	F	quantité.
Avant : 10 décembre 1906 :	396	328	102	430	518	88 250
Après : 17 février 1907 :	245	197	58	255	445	190 150

Il persiste donc une hyperchlorhydrie, avec hyperacidité assez notables après l'opération.

Revu ultérieurement : légère amélioration, avec encore des *douleurs tardives* et des *régurgitations*. Reprise de la nourriture ordinaire, avec cependant quelques précautions. Les douleurs semblent sous la dépendance du régime.

Capacité digestive ; médiocre.

Obs. 73. — *Syndrome pylorique. — Gastro-entérostomie (D^r HARTMANN). — Suites médicales : 1 mois 1/2 bonnes, mais non parfaites. Esquisse du SYNDROME SECONDAIRE à l'occasion d'un essai du régime commun.*

M. B..., 49 ans, serrurier, entre en février 1907, dans le service de M. Hartmann à Lariboisière.

A l'âge de 23 ans, à la suite d'un éthylisme certain, le malade commence à souffrir de douleurs tardives, ne s'irradiant pas, sans vomissements ni constipation.

Il arrive à l'âge de 35 ans, souffrant presque chaque jour de plus en plus ; à cette époque se montrent des vomissements aqueux, calmant momentanément la douleur.

A l'âge de 40 ans, la douleur devient *perforante*, les vomissements aqueux acides persistent et la constipation s'installe. Le malade souffre alors par crises avec des mois entiers de calme.

En 1904, à la suite d'une crise plus forte survient un vomissement alimentaire. La douleur et les vomissements aqueux augmentent de fréquence pendant les années suivantes. *Pas d'hématémèse.*

A son entrée le malade se plaint donc d'une douleur tardive perforante, de vomissements aqueux, rarement alimentaires et de constipation. Il était amaigri ayant perdu 10 kilos, travaillant cependant 10 heures par jour lorsqu'il n'était pas en crise. Grand estomac, passant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, sans stase.

OPÉRATION, 27 février 1907. — Gastro-entérostomie postérieure (M. HARTMANN).

Suites immédiates : excellentes. Reprise de l'alimentation au 6^e jour. Ne souffre pas, n'a pas de vomissements.

Suites plus éloignées : 40 jours après l'opération a gagné 4 kilos. L'estomac reste grand — trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic — avec un point douloureux à gauche de l'ombilic.

Il accuse des pesanteurs au creux épigastrique, survenant tardivement après le repas. En même temps il est constipé. Ces troubles sont en rapport avec une reprise partielle de l'alimentation commune ; ils s'atténuent d'ailleurs sous l'influence d'un régime plus sévère (potages, lait, œufs).

Exploration de l'estomac à jeun. — Avant l'opération : 14 centimètres cubes de liquide achlorhydrique sans débris alimentaires.

Après l'opération : 20 centimètres cubes de liquide, non bilieux, sans débris alimentaires.

CHIMISME (après repas d'épreuve). Avant l'opération : A : 262. H : 105. C : 117. H + C : 222. T : 353. F : 131.

Après l'opération (24 mars 1907) : A : 158. H : 44. C : 117. H + C : 161. T : 299. F : 138.

Capacité digestive : modérée. Le malade doit conserver un régime un peu spécial.

Capacité de travail : le malade n'a pas encore repris son travail.

Obs. 74. — *Ulcus ancien. — Sténose du pylore et hypopepsie. — Gastro-entérostomie* (D^r SOULIGOUX). — *Suites médicales* : 2 mois 1/2, médiocres, malgré régime spécial.

Mme Ch..., 30 ans, cuisinière, entre le 14 novembre 1906, salle Maurice Raynaud, hôpital Tenon, dans le service du D^r Parmentier, pour des troubles dyspeptiques intenses remontant à trois ans.

Il y a 3 ans, sans aucune cause apparente, se montre 2 heures après le repas une *douleur* dans la partie supérieure de l'hypocondre droit, et un peu au-dessous du sein du même côté, douleur assez vague, mais qui marque le début d'une dénutrition et d'une asthénie qui vont en progressant ensuite. Avec cela à peine quelques troubles dyspeptiques : digestions longues, pesanteur, ballonnement après les repas, constipation opiniâtre.

Il y a 18 mois, surviennent des *crises douloureuses* plus violentes. Les douleurs se rencontrent à une heure éloignée des repas, elles ont pour point de départ l'épigastre, et de là-elles remontent derrière le sternum. Très intenses, elles provoquent parfois des larmes ; elles sont calmées par l'ingestion d'un peu de pain. Elles persistent pendant 8 mois, et la malade reste assez bien portante pendant 5 à 6 mois.

Il y a 6 mois, surviennent des *vomissements* et des *réurgitations*. Celles-ci suivent presque immédiatement l'ingestion des aliments, et sont fréquentes. Les vomissements au contraire sont en général tardifs ; ils se montrent par périodes de quelques jours, puis disparaissent pendant les sept à huit jours suivants, pour recommencer ensuite. A mainte reprise la malade y a retrouvé des aliments ingérés plusieurs jours auparavant.

Peu à peu les périodes d'accalmie se font plus rares et plus courtes ; la malade, qui a conservé un certain appétit, ne mange plus de crainte de vomir, elle arrive à un état de dénutrition avancé. Elle entre alors dans le service du D^r Parmentier.

Examen à l'entrée 14 novembre 1906 (D^r PARMENTIER). — Malade très amaigrie et fatiguée. Teint jaunâtre. Anémie assez marquée. Globules rouges : 3.652.000. Globules blancs : 7.528. Elle a une température oscillante au-dessus de 38°.

Son estomac ne clapote pas, et cependant la sonde après un jeûne de 14 heures retire 60 centimètres cubes de liquide achlorhydrique contenant des débris alimentaires.

Traitée par le repos absolu, ingestions de sérum, képhir, elle s'améliore assez rapidement, les vomissements cessent, la constipation opiniâtre finit par céder, et en 10 jours elle gagne 2 kilos. La reprise de l'alimentation est conduite progressivement, et à la fin de février 1907, la malade est revenue

à un état très satisfaisant (Poids : 54 kilos), elle est confiée au Dr Souligoux.

OPÉRATION, 12 mars 1907 (Dr SOULIGOUX). — On reconnaît au niveau du pylore une cicatrice d'ulcère ancien, provoquant une sténose évidente. Gastro-entérostomie postérieure régulière.

Suites immédiates : bonnes, à l'exception d'un vomissement apparu à la reprise du lait le 3^e jour.

Juin 1907 : 2 mois 1/2 après l'opération. — La malade accuse depuis le douzième jour après l'opération des *douleurs* au creux épigastrique, sensation de barre, survenant à l'ingestion des premières bouchées ; puis quelques minutes après avoir mangé elle rend son repas avec beaucoup de glaires. Ces phénomènes se montrent tous les trois jours environ, sans aucune raison ni physique ni morale ; ils persistent à plusieurs repas, puis tout d'un coup disparaissent. Elle croit que « quelque chose se bouche », dit-elle.

En dehors de ces crises elle a d'une façon permanente des régurgitations d'eau présentant une odeur fétide, et contenant des débris d'aliments pris parfois les jours précédents. Enfin elle est toujours très constipée.

Son état général se ressent de ces troubles : elle a perdu 3 kilos depuis son opération (51 kilos au lieu de 54). L'estomac atteint l'ombilic.

Exploration de l'estomac à jeun. — Avant l'opération, 15 novembre 1906 : 60 centimètres cubes de liquide achlorhydrique avec débris alimentaires.

12 janvier 1907 : 60 centimètres cubes de liquide achlorhydrique avec débris alimentaires.

CHIMISME (sera reproduit *in extenso* dans un travail ultérieur). — Avant l'opération : hypopepsie accentuée : H + C : 122.

Après l'opération : augmentation de l'hypopepsie.

Capacité digestive : médiocre. Elle a conservé un régime sévère (képhir, bouillies, potages au lait).

Capacité de travail : presque nulle.

Obs. 75 (Due à l'obligeance de M. le professeur DEBOVE). — *Sténose du pylore* : — *Gastro-entérostomie postérieure*. — *Suites médicales* : bonnes.

D... 42 ans, comptable entre, le 4 avril 1907 dans le service du professeur Debove à l'hôpital Beaujon pour troubles dyspeptiques intenses.

Le début remonte à une douzaine d'années. A ce moment, à la suite d'excès éthyliques le malade ressent une *douleur* très vive, au creux épigastrique et s'irradiant dans le dos, douleur *transfixiante*. Elle apparaît trois heures après le repas. Elle s'accompagne de *régurgitations* aqueuses, et d'une *constipation* opiniâtre.

Cette crise dure un mois et demi, puis sous l'influence du régime lacté et du repos les accidents cessent, pour ne reprendre avec toute leur intensité qu'au mois de janvier 1907.

A cette époque (janvier 1907), surviennent des *douleurs* siégeant au creux de l'épigastre, s'irradiant dans le dos, mais sans cependant donner la sensa-

tion de la douleur en broche. Bientôt apparaissent des vomissements alimentaires, puis bilieux, qui se répètent et laissent le malade très prostré.

Examen pratiqué à l'hôpital Beaujon. — Malade amaigri d'une façon considérable. Il est encore en crise de douleurs et de vomissements. Il s'agit de plus d'un nerveux, dont les réflexes sont diminués, mais qui ne présente aucun signe de tabes. Pas de syphilis.

Localement : foie et rate normaux. On constate la présence de râles sous-crépitants aux deux sommets pulmonaires. L'estomac à jeun renferme un liquide de stase abondant. Après distension (bicarbonate de soude et acide tartrique) l'estomac est grand. On constate de plus des contractions péristaltiques nettes.

OPÉRATION. — Gastro-entérostomie transmésocolique.

Suites immédiates (18 mai 1907) : les grandes douleurs et les vomissements ont cessé. Cependant léger tiraillement après le repas. Il a gagné 3 kilos, dit-il.

Localement : l'estomac clapote au-dessous de l'ombilic : 4 heures après un repas léger. Après l'ingestion de 200 centimètres cubes de lait, le clapotage est perceptible à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le malade va à Vincennes ; il n'est pas revenu se faire examiner à sa sortie de l'asile de convalescence.

Capacité digestive : bonne.

OBS. 76. — *Pylorisme par ulcère probable.* — Gastro-entérostomie postérieure (D^r SCHWARTZ). *Suites médicales* : 3 mois, médiocres. SYNDROME SECONDAIRE sous la dépendance d'un régime défectueux. Amélioration rapide par un régime sévère.

Div. . . , 41 ans, tailleur. Entre le 4 février 1907 dans le service du D^r Parmentier pour des troubles dyspeptiques qui remontent à 8 ans.

A cette époque le malade, alors en Russie, faisait des excès alcooliques considérables. Il ressentit bientôt une douleur au creux épigastrique survenant une heure après le repas, et il était très constipé. Bientôt à la douleur et à la constipation s'ajoutèrent des régurgitations aqueuses. Ces troubles se montrèrent par crises pendant quatre ans.

En 1903, les douleurs prennent le caractère transfixiant qu'elles ont gardé depuis. Elles sont très intenses, arrachant des cris au malade qui se courbe en deux, les mains comprimant l'épigastre pour se calmer. Depuis 1903 jusqu'à maintenant les crises douloureuses se sont rapprochées ; le malade demande à être opéré.

Examen avant l'opération. — Malade amaigri ; présente des douleurs d'une acuité extrême. L'estomac est grand, il clapote jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic après 200 centimètres cubes de lait. Insufflation impossible, tant sont grandes les douleurs.

OPÉRATION, 14 mars 1907 (D^r SCHWARTZ). — Gastro-entérostomie.

Suites immédiates : relativement bonnes. Le malade a vomi à la reprise du lait. Il a souffert et est resté constipé pendant quelques jours.

Suites plus éloignées (2 mois 1/2) : le malade revient, accusant une heure après son repas des douleurs encore vives et *perforantes*, mais pas comparables comme intensité à celles qui précédaient l'opération. En même temps il y a des régurgitations d'eau acide, et il est constipé. Ces troubles s'exagèrent par périodes, la cause semble être nettement un écart alimentaire. Et en effet l'opéré ne suit *pas de régime* spécial, il prend de la salade, du vin... etc. et croit être très sobre, en se privant d'apéritifs et d'alcool.

15 mai : L'EXAMEN montre une amélioration évidente : le malade a gagné 5 kilos. Son estomac est resté grand, et après un tubage évacuateur il clapote encore au niveau de l'ombilic. A ce moment nous voyons l'estomac se *contracter en masse* et ses dimensions ainsi rendues évidentes se montrent débordant l'ombilic de deux travers de doigt.

On donne au malade un régime sérieux.

6 juin 1901. — Revu, le malade accuse une disparition presque absolue des douleurs.

Exploration à jeun. — Avant l'opération on retire 15 centimètres cubes, puis 20 centimètres cubes de liquide contenant des débris alimentaires.

Après l'opération : un peu de liquide contenant de la bile. Pas de débris alimentaires, épreuve des carottes négative.

CHIMISME. — Repas d'épreuve d'Ewald.

25 fév. 1907 : 60' A : 239. H : 37. C : 289. H+C : 326. T : 438. F : 112.

15 mai 1907 : 60' A : 287. H : 88. C : 102. H+C : 190. T : 350. F : 160.

90' A : 153. H : 59. C : 73. H+C : 132. T : 365. F : 233.

Capacité digestive : médiocre. Le malade doit suivre un régime.

Capacité de travail : moyenne. Il reprend son métier de tailleur.

Anciens gastro-entérostomisés, non réexaminés, mais ayant fait connaître leur état fonctionnel et général depuis l'opération.

N° 1 bis. — Mme Julie P..., troubles dyspeptiques anciens. Gastro-entérostomie postérieure : juin 1900 (P^r TERRIER). Dislocation verticale de l'estomac. *Suites* médiocres : douleurs tardives, régurgitations, troubles nerveux. Revenue se faire soigner dans divers hôpitaux.

N° 2 bis. — Cav... Eugène. Syndrome pylorique ancien. Gastro-entérostomie postérieure : 30 novembre 1899 (D^r HARTMANN). *Suites* excellentes (4 ans) marquées cependant par l'apparition à plusieurs reprises du *syndrome secondaire* sous l'influence d'excès alimentaires considérables. Puis (fin 1903) : reprise subite de vomissements, avec amaigrissement, tumeur à l'épigastre. Mort le 25 janvier 1904 de cancer de l'estomac secondaire à l'ulcère.

N° 3 bis. — Mme de G... Pylorisme ancien. Gastro-entérostomie postérieure (D^r HARTMANN) : 13 avril 1898. Ulcère au niveau du pylore. Suites médicales excellentes. Cependant la malade écrit qu'elle « a *peu* souffert de l'estomac », accusant ainsi quelques troubles légers.

N° 4. — Mme P... Jeanne. Gastro-entérostomie postérieure (D^r HARTMANN), 1900. Sténose du pylore. Suites médicales (7 ans) : bonnes, mais non parfaites.

N° 5 bis. — Mme L... Louis. Gastro-entérostomie postérieure, mars 1900 (P^r TERRIER). Dilatation de l'estomac. Suites médicales relativement bonnes, avec cependant des *douleurs* au moindre écart de régime. Actuellement la malade est hospitalisée à Ivry.

N° 6 bis. — Mme Gr... Ernestine. Pylorisme. Ulcère. Gastro-entérostomie postérieure, octobre 1901 (M. TERRIER). Suites médicales : bonnes relativement. Il persiste quelques douleurs et la malade a encore une « petite santé ».

N° 7 bis. — M. L... Louis. Gastro-entérostomie postérieure (M. TERRIER). Février 1902, ulcère d'estomac. Suites médicales pendant deux ans bonnes ; puis reprise d'accidents : douleurs intenses. Le malade vu par le D^r Mathieu est réopéré. Décédé peu après.

N° 8 bis. — B... Antoine. Gastro-entérostomie postérieure le 5 mai 1902 (D^r HARTMANN). Suites médicales : excellentes. Mort en septembre. 1905. Mal de Pott ? Sa fille écrit que le malade depuis l'opération digérait tout.

N° 9 bis. — Mme Daut... Pylorectomie le 20 mars 1902 pour ulcère (D^r HARTMANN). Suites médicales bonnes : en 3 ans elle gagne 18 kilos. Pas de détail sur son état.

N° 10 bis. — B... Auguste. Gastro-entérostomie postérieure le 13 février 1904 pour ulcère gastrique (D^r HARTMANN). Suites médicales : médiocres. Les douleurs tardives, accompagnées de régurgitation, ont persisté. En mars 1907 le malade est en traitement chez le professeur Mathieu, à l'hôpital St-Antoine.

N° 11 bis. — G... Louis. Gastro-entérostomie postérieure le 24 juin 1904. Ulcère et sténose pylorique (D^r HARTMANN). Écrit en mars 1907 qu'il va bien ; mais continue de temps en temps à souffrir de l'estomac.

N° 12. — F... Louis. Gastro-entérostomie postérieure le 19 octobre 1904. Gastro-sucorrhée (D^r HARTMANN). Écrit le 23 février 1907 qu'il va bien.

N° 13 bis. — M. Cl..., venu consulter le D^r Hartmann pour des troubles dyspeptiques anciens : douleur tardive, régurgitations acides et vomissements alimentaires (parfois d'aliments anciens). Grand estomac avec contractions péristaltiques ; hyperacidité, hyperchlorhydrie (H + C = 277). Gastro-entérostomie postérieure (D^r HARTMANN), le 8 novembre 1904 : pylore

induré, d'apparence cicatricielle, sténose. Suites médicales : 1 an après, le malade, séjournant à Madagascar, écrit qu'il va bien.

N° 14 bis. — Mme Bey..., venue consulter le D^r Hartmann, présente depuis 12 ans des troubles dyspeptiques qui vont bientôt en s'aggravant. Liquide de stase, très riche en HCl libre. L'analyse, après repas d'épreuve, montre une hypopepsie apparente, qui est à la vérité une hyperpepsie réelle, mais tardive. Très grand estomac (descend à deux travers de doigt au-dessous du pubis). Gastro-entérostomie postérieure, 5 juillet 1905 (D^r HARTMANN). Cicatrice d'ulcère pylorique. Suites médicales : 1 an, bonnes, mais le malade s'astreint à un régime sévère donné par le D^r Hayem.

N° 15 bis. — M. V... Emmanuel. Sténose du pylore par ulcère. Gastro-entérostomie en γ (D^{rs} TERRIER et GOSSET), mai 1905. Suites médicales : 2 ans, bonnes, cependant il persiste des douleurs tardives après les repas, avec des régurgitations et parfois de la constipation. *Syndrome secondaire*.

N° 16 bis. — Ehr. Alphonse. Rétrécissement cicatriciel du pylore. Gastro-entérostomie postérieure, le 27 février 1905 (D^r HARTMANN). Quelques mois plus tard se plaint de vomissements bilieux.

N° 17 bis. — Bouch. Jean. Gastro-entérostomie postérieure le 22 mai 1905 (D^r HARTMANN), Ulcère formant tumeur au niveau de la petite courbure. 4 mois plus tard se plaint de douleurs au niveau du bas-ventre avec diarrhée, bien qu'il n'ait plus de vomissements et qu'il se trouve amélioré.

N° 18 bis. — M. Orm. Pylorisme et sténose du pylore. (Douleurs tardives, vomissements aqueux et alimentaires). Gastro-entérostomie postérieure 24 janvier 1906 (D^r HARTMANN). Ulcère juxta pylorique adhérent au foie. Suites médicales : 1 an ; excellentes, mais le malade suit un régime spécial.

N° 19 bis. — Mme D.... Pylorisme lié à un ulcère. Gastro-entérostomie postérieure le 24 janvier 1906 (D^r HARTMANN) : ulcère gastrique. Suites médicales : médiocres. Reprise de douleurs très violentes après les repas, douleurs suivies de vomissements alimentaires (fin juillet 1906).

A ces faits, nous devrions joindre un certain nombre d'observations recueillies dans la littérature médicale, tant étrangère que française ; les proportions de ce travail ne le comportent pas. Contentons-nous de dire qu'il nous a été permis de relever des exemples du « syndrome secondaire » plus ou moins explicites, dans les auteurs suivants :

Français : Doyen — *Traitement chirurgical des affections de l'estomac*. Paris, 1895.

Monproffit. — *La gastro entérostomie*. Paris 1903 ; *Congrès de Bruxelles*, 1905.

Pantaloni. — *Arch. provinc. de Chirurgie*.

- Etrangers:** Chlumsky. — *Beitrag. z. klin. Chir.*, 1898 et 1900.
Koerte et Herzfeld. — *Arch. für klin. Chir.*, 1901.
Mickulicz. — *Berlin. klin. Woch.*, 1897.
Kaiser. — *Deutsch. Zeits. für Chir.*, 1901.
Petersen et Mahol. — *Beitrage*, 1902.
Robert Saundby. — *British. Med. Journ.*, 1904.
Roman Rencki. — 1901.
Mensell Moullin. — *British. Med. Journ.*, 15 mai 1905.
Mayo-Robson. — *Congrès de Bruxelles*, 1905.
Rotgans. — *Congrès de Bruxelles*, 1905.
-

CONCLUSIONS

1° La gastro-entérostomie, au cours de l'ulcère d'estomac et de ses complications, présente à considérer à côté des résultats immédiats, bien connus, des *suites éloignées*, qui semblent encore imparfaitement établies et qui méritent une description spéciale.

2° Ces suites éloignées sont de deux sortes : les unes, caractérisées par des phénomènes intenses, aussi graves parfois que l'ulcère primitif, ont fait l'objet récemment d'importants travaux : tel l'ulcère peptique. Les autres, beaucoup moins brutales, se présentent surtout à l'observation du médecin, aussi les appelons-nous des *suites médicales*. On les a, semble-t-il, négligées jusqu'ici.

3° Ces *suites médicales* comportent des troubles fonctionnels, généraux et locaux.

Les *premiers* (troubles fonctionnels) sont caractérisés par la présence chez les anciens opérés de *douleurs*, de *régurgitations aqueuses*, de *constipation*, parfois de diarrhée. Les vomissements alimentaires sont rares, malgré les tentatives du malade pour les provoquer : il en est de même des hémorragies : hématomèse ou melaena, que l'on ne rencontre qu'exceptionnellement, au moins dans les suites éloignées de l'opération.

Les *seconds* (troubles généraux) sont marqués par des modifications de la nutrition, signalées surtout par la courbe de poids, les variations de la formule hématologique, la composition et la quantité des urines, modifications de la nutrition auxquelles on peut joindre un certain degré d'irritabilité nerveuse.

Les *troisièmes* (troubles locaux) ont trait aux variations des dimensions de l'estomac, et aux modifications de ses deux importantes fonctions : motricité (évacuation), sécrétion (chimisme) ;

4° Ces divers ordres de troubles, d'importance et de fréquence variables, ne se montrent point pourtant à l'état isolé. Ils s'asso-

cient, au contraire, et donnent ainsi naissance à un tableau clinique bien caractérisé et bien spécial, que l'on peut et que l'on doit distinguer. Ils forment, en un mot, un « syndrome », *syndrome dyspeptique secondaire à la gastro-entérostomie*.

5° La fréquence de ce syndrome est variable. Il semble pourtant qu'il se rencontre chez environ 70 à 75 0/0 des anciens gastro-entérostomisés.

6° La pathogénie en est difficile à établir. Le procédé opératoire, à la condition d'un fonctionnement suffisant du néopylore, ne paraît pas avoir grande influence. La nature de la lésion est plus importante, le *syndrome secondaire* se montrant plus souvent lors d'ulcère extra-pylorique, d'ulcère encore en évolution, et surtout au cas de périgastrite. Les causes occasionnelles sont par contre évidentes : dans presque toutes les observations elles se résument dans le rôle réel, mais variable, de la fatigue, et surtout dans l'influence constante d'un *régime* mauvais, ou simplement défectueux.

7° Sa date d'apparition, par rapport à l'époque de l'opération, varie avec les cas. Parfois c'est immédiatement après la gastro-entérostomie, en général beaucoup plus tard, que se montrent les premières manifestations de ce syndrome. Il semble qu'il y ait une relation évidente entre cette date d'apparition, et l'époque à laquelle le malade commence à abandonner le régime qu'il suivait depuis l'opération. Dans certains cas, enfin, où les premiers troubles surviennent à une date particulièrement éloignée de la gastro-entérostomie, l'on peut se demander si ce réveil des phénomènes dyspeptiques n'est pas sous la dépendance d'une oblitération partielle ou complète du néopylore, ainsi qu'il fût constaté dans une observation récente.

8° Le pronostic du syndrome secondaire à la gastro-entérostomie est en général bénin, du moins si l'on considère la mortalité, qui est à peu près nulle. Il en est autrement du pronostic envisagé au point de vue « social » : le gastro-entérostomisé présentant le syndrome dyspeptique secondaire est un *méiopragique* gastrique ayant une capacité professionnelle diminuée, et une capacité vitale amoindrie.

9° Le traitement enfin a une importance considérable. Il sera curatif contre les troubles du syndrome constitué, il sera avant tout préventif, et consistera essentiellement dans un *régime diététique* qui devra suivre toute gastro-entérostomie, et parfaire, pour ainsi dire l'œuvre, chirurgicale. Ainsi, en résumé, s'affirme, chez les gastro-entérostomisés, l'importance de l'union des ressources médicales à l'art du chirurgien.

Vu :

Le Président de la thèse,
M. DEBOVE.

Vu :

Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE (1).

- Anderson.** — Observations sur 26 cas de gastro-entérostomie. *The Lancet*, 1905.
- Bréchet.** — *R. Chirurg.* janvier 1907, nos 1 et 2.
- Brenner.** — *Langenbeck's Arch. f. klin. Chir.*, t. LXX.
- Brin.** — *Arch. médic. d'Angers*, 1904 et *Congrès chir.*, 1904. De la gastro-entérostomie dans les troubles gastriques des névropathies.
- Buck.** — Des opérations au cours des hémorrhagies aiguës de l'estomac. *Lancet*, 4 avril 1903.
- Cardenal.** — Interventions chirurgicales dans les affections de l'estomac. *Rev. de Chir.*, 1903. Congrès de Madrid.
- Debove.** — Traitement de la dilatation de l'estomac par la gastro-entérostomie. *Presse méd.*, 1901.
- Degorce.** — *Indications et résultats de la gastro-entérostomie dans la gastro-sucorrhée.* Th. Paris, 1902.
- Delagénère.** — Estomac en bissac traité avec succès par la gastro-entérostomie. *Arch. gén. de méd.*, 1906, p. 257.
- Ferrari.** — Le reflux dans la gastro-entérostomie en Y de Roux. *Gazz. degli Ospedali*, 1905, p. 1621.
- Garré.** — Indication du traitement opératoire de l'ulcère et de ses complications. *Schles. Gesells. f. Vater Kultur in Breslau*, janvier 1906.
- Gaudemet.** — *De l'intervention chirurgicale dans l'ulcère non perforé de l'estomac.* Th. Paris, 1906.
- Gosset.** — L'ulcère peptique du jéjunum après la gastro-entérostomie. *Rev. Chir.*, 10 janvier et 10 février 1906.
- Joseph J. Mc Grath.** — L'ulcère simple et son traitement chirurgical. *Med. rec.*, 1905, p. 610.
- Haas.** — Insuffisance motrice consécutive à une péricholécystite. Opération. Guérison. *Arch. f. Verdan Krankheiten*, 1906, p. 147.
- Hartmann.** — Revue de chirurgie, 1902, p. 652. — *Travaux de chirurgie, anatomo-clinique*, 1^{re} série, p. 495. — *Société de chirurgie*, mai, juin 1904, 1907. (Voir *Travaux antérieurs*).
- Hayem.** — *Gaz. des Hôpitaux*, 1903 (Voir *Travaux antérieurs*).
- Hermann.** — Sur le résultat des opérations pour maladies bénignes de l'estomac. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1903, n° 48.

(1) Ces indications bibliographiques ne remontent pas au delà de 1902. Elles continuent celles données par LEROY, th. Paris, 1902 ; PINATTELLI, th. Lyon, 1903 ; et MONPROFIT, *La gastro-entérostomie*, Paris, 1903.

- Jedlicka.** — *Résultat des opérations pour maladies chroniques de l'estomac.* Prague, 1904.
- Kheyman.** — *De la périgastrite adhésive et de son traitement chirurgical.* Th. Paris, 1905.
- Kieffer.** — Th. Paris, 1903.
- Korte.** — Remarques sur les opérations sur l'estomac et le pancréas. *Deutsche med. Wochens.*, 1906, p. 129.
- Leroy.** — *De la gastro-entérostomie dans les affections non cancéreuses de l'estomac.* Paris, 1902.
- Mathieu et Roux.** — *Maladies de l'appareil digestif.*
- Mayo-Robson.** — *Lancet*, 1904, 2 janvier. 1^{er} Congrès intern. de chirurg., Bruxelles, 1905 (V. *Travaux antérieurs*).
- J. C. Miunro.** — Derniers résultats du traitement de l'ulcère gastrique. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1905, p. 95.
- Monprofit.** — *La gastro-entérostomie.* Paris, 1903. *Anjou Médical*, année 1904 et suivantes. 1^{er} Congrès intern. de chirurgie de Bruxelles, 1905. *Congrès français de chirurgie*, 1903 et suivants (V. *Travaux antérieurs*).
- Mansell Moullin.** — L'histoire ultérieure des gastro-entérostomisés. *Brit. Med. Journ.*, 1905, p. 1037.
- Moynihan.** — *Lancet*, janvier, août, décembre 1903. Traitement des maladies bénignes de l'estomac. *British med. Journ.*, 30 septembre 1905, p. 767.
- Naveau.** — Thèse de Paris, 1904.
- Pantaloni.** — *Arch. prov. de chirurgie.*
- Pinatelle.** — *Application de la gastro-entérostomie en dehors des sténoses anatomiques du pylore.* Th. de Lyon, 1903.
- Quénu.** — Les hémorragies gastriques et la gastro-entérostomie. *Société de Chirurg.*, mai 1904.
- Ricard et Chevrier.** — Des sténoses tuberculeuses du pylore. *Rev. de chirurg.*, mai, juin et juillet 1905.
- J. Ch. Roux.** — *Manuel des maladies du tube digestif*, publié sous la direction de MM. Debove, Achard et Castaigne.
- Rotgans.** — *Ueder. Tijdsch. Voor Geneesk.*, 1902, 1903, 1904. — 1^{er} Congrès intern. de Bruxelles, 1905 (V. *Travaux antérieurs*).
- Soupault.** — *Traité des maladies de l'estomac.* Paris, 1905 (V. *Travaux antérieurs*).
- Témoin.** — *Ann. méd. ch. du Centre*, 5 nov. 1905.
- Tiegel et Mikulicz.** — Des ulcères peptiques après la gastro-entérostomie. *Mitth. a. d. Greuzgel der Med. u. Ch.*, 1904.
- Tuffier.** — *Revue de chirurg.*, 1903. *Société de chirurgie*, 17 mai 1904. Hémorragies gastriques et gastro-entérostomie. *Société chirurgie*, 1907, n° 16. Gastro-entérostomie postérieure réparée spontanément. Ulcère gastrique consécutif. — *Chirurgie de l'estomac*, 1907 (V. *Travaux antérieurs*).

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).
